

Valmir Perez Junior

**ANÁLISE DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REGIÃO DO VALE
DO JURUMIRIM – SP, SOB A PERSPECTIVA DE CONFORMAÇÃO DAS RAS**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

São Paulo
2018

Valmir Perez Junior

**ANÁLISE DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REGIÃO DO VALE
DO JURUMIRIM - SP, SOB A PERSPECTIVA DE CONFORMAÇÃO DAS RAS**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Orientador:

Prof. Dr. Guilherme Arantes de Mello

São Paulo
2018

Perez Junior, Valmir

Análise da Gestão da Assistência Farmacêutica na Região do Vale do Jurumirim – SP, Sob a Perspectiva de Conformação das RAS / Valmir

Perez Junior. – São Paulo, 2018.

xviii, 151f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Analysis of regional management of Pharmaceutical Services in Vale do Jurumirim – SP region, from the conformation perspective of the healthcare network.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Regionalização.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Chefe do Departamento: Prof. Dra. Rosemarie Andreazza

Coordenador do curso de pós-graduação: Profa. Dra. Zila Van der Meer Sanchez

Valmir Perez Junior

**ANÁLISE DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REGIÃO DO VALE
DO JURUMIRIM – SP, SOB A PERSPECTIVA DE CONFORMAÇÃO DAS RAS**

Presidente da Banca:

Prof. Dr: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr: _____

Prof. Dr: _____

Prof. Dr: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus, que sempre foi o autor da minha vida e do meu destino; à minha esposa Daniela pelo seu constante incentivo; à minha filha Mariana que, na pureza da criança, me abordava todas as vezes em que eu estava à frente do computador, com a amável frase: “Papai, posso te ajudar no seu *tabaio*?”

Dedico ainda aos meus pais pela transmissão dos valores de vida e da importância dos estudos.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, professor doutor Guilherme Arantes de Mello, pela oportunidade de participar de uma pesquisa tão relevante sobre a regionalização no estado de São Paulo e pela ótima orientação na elaboração dessa dissertação.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde Pública de Praia Grande por autorizar a realização das atividades necessárias para a pesquisa e conclusão do curso, em especial, à diretora do departamento de administração, Elisabet Fátima dos Santos, que incentivou e viabilizou a realização do mestrado.

Agradecimento especial aos colegas da assistência farmacêutica, que se desdobraram para suprir minha ausência nos dias de aula. Nos momentos em que tive que me ausentar pude sempre contar com pessoas competentes e comprometidas.

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Lista de mapas	x
Lista de tabelas	xi
Lista de Siglas	xiii
Resumo	xv
Abstract	xvii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivos Gerais	4
2.2. Objetivos Específicos	4
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1. Legislação do SUS	5
3.2. As Políticas Nacionais de Medicamentos e Assistência Farmacêutica	6
3.2.1. A Política Nacional de Medicamentos	7
3.2.1.1. Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais	7
3.2.1.2. Regulamentação Sanitária de Medicamentos	8
3.2.1.3. Reorientação da AF	8
3.2.1.4. Promoção do Uso Racional de Medicamentos	9
3.2.1.5. Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Promoção da Produção de Medicamentos	10
3.2.1.6. Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos ...	10
3.2.1.7. Desenvolvimento e Capacitação de RH	11
3.2.2. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica	11
3.3. A AF na Estrutura Organizativa da Secretaria Municipal de Saúde	12
3.4. O Ciclo da Assistência Farmacêutica	12
3.4.1. Seleção de Medicamentos	13
3.4.2. Programação	15
3.4.3. Aquisição de Medicamentos	16
3.4.4. Armazenamento	19
3.4.5. Distribuição	20

3.4.6. Dispensação	21
3.5. Componentes da Assistência Farmacêutica	23
3.5.1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica	24
3.5.2. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	25
3.5.3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	25
3.6. Outras Formas de Acesso a Medicamentos	27
3.6.1. Medicamentos Oncológicos	27
3.6.2. Comissão de Farmacologia da SES de São Paulo	28
3.6.3. Judicialização da AF	29
3.7. Os Conselhos de Classe e a Dispensação de Medicamentos no SUS	31
3.8. Breves Considerações Sobre a Regionalização do SUS	32
3.9. Desafios da AF frente ao processo de regionalização e configuração das RAS	37
4. MÉTODO	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1. Caracterização Macrorregional da RRAS 09	41
5.2. Caracterização da região de saúde do Vale do Jurumirim	47
5.3. Caracterização dos municípios selecionados para estudo de campo	50
5.3.1. Avaré	50
5.3.2. Itaporanga	50
5.3.3. Piraju	51
5.4. Dados Primários	51
5.4.1. Perfil de coordenação de AF no Vale do Jurumirim	51
5.4.2. Acúmulo de funções e déficit de recursos humanos	53
5.4.3. Assistência Farmacêutica no Organograma da Secretaria de Saúde	54
5.5. Sobre o ciclo da AF	55
5.5.1. Seleção de medicamentos	55
5.5.2. Programação	61
5.5.3. Aquisição	65
5.5.4. Armazenamento	74
5.5.5. Distribuição	76
5.5.6. Dispensação	77
5.6. Judicialização da AF	83

5.7. Interferência dos conselhos de classe na gestão da AF	89
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
7. REFERÊNCIAS.....	93
Anexos	

Lista de mapas

Mapa 1. População total na RRAS 9 (2017)	42
Mapa 2. Densidade demográfica na RRAS 9 (2017)	43
Mapa 3. Grau de urbanização na RRAS 9 (2017)	44
Mapa 4. Participação dos setores da economia no total do valor adicionado na RRAS 9 (2017)	46

Lista de Tabelas

Tabela 1. Número de municípios brasileiros e população de acordo com o porte populacional. Estimativas populacionais de 2017.	33
Tabela 2. Número de municípios paulistas e população de acordo com o porte populacional. Estimativas populacionais de 2017.	33
Tabela 3. População dos municípios polos das regiões de saúde que compõem a RRAS 09 (2017).	41
Tabela 4. Proporção de habitantes por faixa de renda em municípios do Vale do Jurumirim (2010).	48
Tabela 5. População por município (2017) da RAS Vale do Jurumirim e seu respectivo IDH-M, conforme Censo 2010 e, cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica (2015)	49
Tabela 6. Perfil dos respondentes de acordo com sexo, formação, tempo na função e tipo de vínculo. Vale do Jurumirim (2016)..	51
Tabela 7. Existência de interação da assistência farmacêutica com outros setores, percentual de respostas afirmativas. Vale do Jurumirim (2016).....	54
Tabela 8. Frequência com que as instâncias são utilizadas para deliberar sobre assuntos relacionados a incorporação de novos medicamentos. Escala de likert de 1 a 5 pontos (nunca, raramente, as vezes, quase sempre e sempre). Vale do Jurumirim (2016)	59
Tabela 9. Concepção do respondente sobre a articulação da instituição com os atores. Escala de likert de 1 a 5 pontos (inexistente, ruim, regular, boa, ótima). Vale do Jurumirim (2016)	59
Tabela 10. Existência de procedimento formal para atividade de planejamento do consumo e distribuição de medicamentos, execução sistemática dos procedimentos e nota sobre o resultado final em escala de 1 (péssimo) a 5 (excelente). Vale do Jurumirim (2016)	61
Tabela 11. Ferramentas utilizadas nas atividades de programação de medicamentos e nota sobre a utilidade de cada uma delas em escala de 1 (péssimo) a 5 (excelente). Vale do Jurumirim (2016)	61
Tabela 12. Frequência com que são utilizadas as ferramentas para a aquisição de medicamentos. Escala de likert de 1 a 5 pontos (Nunca, raramente, as vezes, quase sempre e sempre). Vale do Jurumirim (2016)	65
Tabela 13. Programas de assistência farmacêutica aderidos pelas localidades estudadas. Vale do Jurumirim (2016).....	70
Tabela 14. Aspectos relacionados a estrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico em cada localidade investigada e proporção de locais que atendem aos critérios. Vale do Jurumirim (2016).....	75

Tabela 15. Percentual de localidades com existência de procedimento formal para as atividades de recebimento, armazenagem, gestão e controle de estoque; e execução sistemática dos procedimentos. Vale do Jurumirim (2016)	75
Tabela 16. Percentual de respostas sobre aspectos relacionados a distribuição de medicamentos. Vale do Jurumirim (2016)	77
Tabela 17. Existência de procedimento formal para as atividades de dispensação de medicamentos, execução sistemática dos procedimentos. Vale do Jurumirim (2016)	78
Tabela 18. Atividades realizadas pelos farmacêuticos na Atenção Básica dos municípios concernentes a aspectos logísticos e administrativos. Vale do Jurumirim (2016)	79
Tabela 19. Atividades realizadas pelos farmacêuticos na Atenção Básica dos municípios concernentes a aspectos clínicos e assistenciais. Vale do Jurumirim (2016)	80
Tabela 20. Frequência com que os materiais são demandados judicialmente. Escala de likert de 1 a 5 pontos (nunca, raramente, as vezes, quase sempre e sempre). Vale do Jurumirim (2016)	83

Lista de Siglas

AF	Assistência Farmacêutica
AMMVI	Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Apac-SIA	Autorização de Procedimentos da Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
Ceaf	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Ceme	Central de Medicamentos
Cesaf	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CF	Comissão de Farmacologia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
Coap	Contrato Organizativo de Ação Pública
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
Consisa-VRT	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari
CRF	Conselho Regional de Farmácia
DRS	Departamento Regional de Saúde
Eraf	Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SADT	Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia
Seade	Sistema Estadual de Análise de Dados
Serp	Sistema Estadual de Registro de Preços
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos

Resumo

Objetivo: Discutir a gestão regional da Assistência Farmacêutica na região do Vale do Jurumirim em São Paulo, sob a perspectiva da conformação das Redes de Atenção à Saúde. **Métodos:** Trata-se de estudo de casos múltiplos, exploratório e analítico sobre a Assistência Farmacêutica na região do Vale do Jurumirim, que integra um grande projeto de investigação de cinco regiões de saúde do estado de São Paulo decorrente da chamada “Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde” – Seleção de Propostas SDP N. 01/2015 – com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). O trabalho de campo foi realizado em três municípios e no DRS-VI. Foram entrevistados os coordenadores da Assistência Farmacêutica de cada local. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com parecer nº 2.020.191 e pelo comitê de ética da Unifesp com parecer nº 2.423.767. **Resultados:** Nas localidades estudadas a Assistência Farmacêutica estava formalizada no organograma da Secretaria de Saúde, o que representa um indicador de autonomia para decidir e planejar as ações de forma participativa. Todos os coordenadores da Assistência Farmacêutica entrevistados eram do sexo feminino, possuíam graduação em farmácia, mas nenhum possuía aperfeiçoamento formal na área de gestão. O déficit de recursos humanos impunha ao farmacêutico o acúmulo de funções e a opção pela realização de tarefas administrativas e logísticas com foco no suprimento de medicamentos em detrimento de ações clínicas de cuidado aos pacientes. A análise do ciclo da Assistência Farmacêutica revelou dificuldades para a gestão em todas as etapas. Na etapa de seleção, apenas um município possuía comissão de farmácia e terapêutica formalizada e a incorporação de medicamentos à lista daqueles considerados essenciais era realizada, principalmente, a partir de pedido de médicos e de frequência com que o item era demandado judicialmente. A etapa de aquisição de medicamentos se revelou como a de maior dificuldade; a ausência de fornecedores interessados em ofertar os medicamentos, o atraso nas entregas daqueles adquiridos e a falta de verba foram os principais problemas citados. A judicialização da assistência farmacêutica foi considerada pelos entrevistados como excessiva e acrítica. **Conclusão:** Ficou evidente que existem problemas decorrentes da fragilidade da gestão e a necessidade de aprimoramento de diversos aspectos no

âmbito municipal. Porém, as principais dificuldades não podem ser imputadas apenas ao preparo dos municípios, pois, em análise mais profunda, revelam-se principalmente em consequência do pequeno porte populacional. Especialmente àquelas relacionadas às etapas de seleção e aquisição de medicamentos; dificuldades estas associadas ao número restrito de profissionais de saúde disponíveis e eminentemente à escala de aquisição insuficiente para a maioria dos medicamentos. Como achado mais importante, os resultados permitiram confirmar a hipótese inicial do estudo de que a ausência de escala inviabiliza a gestão eficiente e efetiva do ciclo da Assistência Farmacêutica nos pequenos municípios. Considerando o pequeno porte da esmagadora maioria dos municípios do país, o estudo conclui de modo fundamental que as políticas de Assistência Farmacêutica devem reorientar seus esforços para modelos cooperativos regionais.

Abstract

Objective: To debate the regional management of pharmaceutical services of Vale do Jurumirim in SP, from the conformation perspective of the healthcare network.

Methods: It is a multiple case study, exploratory and analytical about pharmaceutical services in Vale do Jurumirim region, which integrates a great project of research of 5 health regions of São Paulo state resulting from the “Project to Strengthen State Health Management” – Selection of Proposals – SDP N.01/2015 funding from the inter American development bank. The work was carried out in three municipalities and in DRS-VI. The coordinators of pharmaceutical services were interviewed. The project was approved by research ethics committee of Santa Casa de Misericórdia de São Paulo with approval nº 2.020.191 and by the research ethics committee of Unifesp with approval nº 2.423.767.

Results: In the studied regions the pharmaceutical services was formalized in the organizations chart of Secretariat of Health, which represents an autonomy indicator to decide and plan actions in a participatory manner. All the interviewed coordinators of pharmaceutical services were female, graduated in pharmacy, but no one had formal training in management area. The lack of human resources imposed on the pharmacist the accumulation of functions and the option for the accomplishment of administrative and logistical tasks focusing on the supply of medicines in detriment of clinical actions of care to the patients. The analysis of the pharmaceutical services cycle revealed difficulties at all stages. In the selection stage, only one municipality had a formalized pharmacy and therapeutics committee and the incorporation of drugs from the list of those considered essential was carried out, mainly, from the request of physicians and the frequency with which the item was demanded judicially. The stage of acquisition of medicines was revealed as the greatest difficulty; the absence of suppliers interested in offering medicines, the delay in the deliveries of those acquired and the lack of funds were the main problems reported. The judicialization of pharmaceutical services has been considered by interviewed as excessive and without criterion.

Conclusion: It got obvious that there have been problems due to the management fragility and necessity of reform in several views at the municipal level. However, the main difficulties can't be attributed only the preparation of municipalities, because in deeper analysis, they are mainly due to the small population size. Especially those

related to the selection stage and acquisition of medicines; difficulties which have been incorporated to the limited number of professionals and insufficient scale of acquisition for most drugs. The most important, was the results that allowed confirming the initial hypothesis of studies that the absence of scale impedes the efficient and effective management of the pharmaceutical services cycle in the small municipalities. Considering the small size of the great majority of country municipalities, the study concludes fundamentally that pharmaceutical services policies should reorienting their efforts towards regional cooperative models.

1 INTRODUÇÃO

Na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a Constituição Federal de 1988 define a saúde como direito de cidadania. Em seu marco regulatório a Assistência Farmacêutica (AF) é incluída neste corpo fundamental de direitos (Brasil, 1990a).

Naquele momento a Central de Medicamentos (Ceme), instituída na década anterior, configurava-se como a principal política federal para o setor. Entretanto, aquela proposta se moldava em lógica distinta das necessidades de um sistema universal, equitativo, integrado e descentralizado. Apesar do SUS possuir a descentralização como um de seus princípios, a Ceme continuou a realizar as ações de aquisição de medicamentos de forma centralizada (Pasquetti, Junges, 2013). Assolada por questões estruturais, políticas e de cultura institucional, a Ceme seria descontinuada no final dos anos 1990. Com isto, surge a necessidade de uma profunda reestruturação do setor, impulsionada pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) (MS, 2001a). Um de seus maiores desafios seria estabelecer a garantia do acesso equitativo aos medicamentos como direito de saúde, na ótica do uso racional, e não simplesmente como bem de consumo.

Essa estratégia culmina no estabelecimento da AF como ciclo composto por seis etapas distintas, sistemicamente inter-relacionadas. O funcionamento inadequado de qualquer uma das etapas pode afetar toda a gestão da AF (Marin, Luiza, 2003). Além das dificuldades relacionadas à execução de cada uma das etapas do ciclo, existem ainda outras questões importantes que tornam sua gestão ainda mais desafiadora, como o subfinanciamento (Vieira, Zucchi, 2013), a formação acadêmica dos profissionais voltada prioritariamente para o setor privado (Ceccim, Feuerwerker, 2004a; Ceccim, Feuerwerker, 2004b; Saturnino et al., 2011; Sousa et al., 2013), a informalidade da gestão da AF em alguns municípios (Barreto, Guimarães, 2010), além da presença marcante dos operadores do direito através de ações judiciais (Lopes et al., 2010; Machado et al., 2011; Campos-Neto et al., 2012; Lopes et al., 2014).

O processo de descentralização da gestão da saúde, preconizado pelo SUS, impôs aos municípios a responsabilidade direta pela oferta dos serviços de saúde, o que inclui a assistência farmacêutica (Pasquetti, Junges, 2013). Além dos desafios comuns à maioria, os municípios de pequeno porte podem enfrentar problemas

específicos inerentes a sua característica populacional (Silva Junior, 2006; MS, 2018).

Em um campo de análise mais abrangente, a conformação estrutural e política do SUS foi sendo construída dentro das possibilidades e características federativas do estado brasileiro. Acompanhando o cenário da época, a década de 1980 permitiu grande avanço no processo de descentralização da saúde, mas que ficou dissociado da política de regionalização. Como consequência estabeleceu-se uma tendência de fragmentação do sistema e ações da saúde (Yunes, 1999). Com esse diagnóstico, na virada do século as políticas de saúde se voltaram para a ideia de regionalização, refletida inicialmente na Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas. A superação da crítica ao excesso de normatividade foi iniciada com o Pacto pela Saúde de 2006, mas sobretudo com os novos referenciais das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Como desafio específico, todo esse conjunto de ideais ainda tem a necessidade de dialogar francamente com os novos referenciais (Mello et al, 2018, no prelo).

O processo de regionalização foi intensificado a partir do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (MS, 2011). O SUS como uma rede regionalizada e hierarquizada deve possuir o planejamento das ações realizado de forma integrada entre os entes federativos através da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) (Albuquerque, 2013; Paschoalotto et al., 2018).

No estado de São Paulo os municípios estão organizados em 63 regiões de saúde que compõem as 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) estabeleceu os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), como seus órgãos representativos em cada RRAS.

A hipótese deste estudo é que a maioria dos municípios brasileiros não apresenta escala suficiente para o domínio de todos os processos envolvidos na AF, de forma que a fragmentação das ações decorrente dessa característica gera ineficiência e custos adicionais, constituindo-se numa real barreira ao acesso equitativo da população aos medicamentos. Essa situação está relacionada aos limites alcançados pelas políticas de descentralização na saúde, cuja alternativa mais viável refere-se à organização de redes assistenciais regionalizadas com escala compatível com processos mais eficientes e efetivos. O arcabouço jurídico

necessário, assim como os tipos de organizações necessárias nesse intento, por exemplo os consórcios municipais e os sistemas compartilhados de registro de preços, estão pouco estabelecidos e ainda em fase de construção.

Sob esse contexto, o presente estudo apresenta uma análise da gestão da Assistência Farmacêutica na região do Vale do Jurumirim - SP, envolvendo o estudo de campo de três municípios específicos - Avaré, Itaporanga e Piraju – e do DRS-VI.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a gestão regional da Assistência Farmacêutica na região do Vale do Jurumirim em São Paulo, sob a perspectiva da conformação das RAS.

2.2 Objetivos Específicos

Levantar características socioeconômicas e demográficas da região do estudo.

Analisar fatores relacionados à execução de cada etapa do ciclo da AF na região e seus condicionantes.

Analisar características de articulação intermunicipal e regional na perspectiva da construção de uma rede regionalizada de AF.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Legislação do SUS

A Constituição Federal de 1988 torna a saúde um direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços e é considerado um marco referencial de profundas mudanças na área da saúde no Brasil (Brasil, 1988).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui o Sistema Único de Saúde, a fim de consolidar este direito de atenção integral à saúde (Brasil, 1990a). Essa lei regulamenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Baseado nos preceitos constitucionais, o SUS é norteado pelos princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade.

O princípio da Universalidade diz respeito à garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Este princípio visa garantir o acesso de todos aos serviços públicos de saúde, bem como àqueles contratados pelo poder público (Brasil, 1990).

A equidade da assistência busca assegurar o acesso às ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requer. Perante o SUS, todo cidadão é igual, e será atendido nas suas necessidades até o limite que o sistema puder oferecer para todos (MS, 1990).

A integralidade da assistência deve ser entendida como um conjunto articulado de ações e serviços, sejam eles preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990a).

Especificamente sobre o tema deste estudo, a Lei nº 8.080 de 1990 estabelece que é campo de ação do SUS a assistência terapêutica integral, que inclui a assistência farmacêutica e, estabelece ainda, que o SUS deve executar a formulação de Política de Medicamentos (Brasil, 1990a).

Com o objetivo de fortalecer a gestão descentralizada do SUS e as relações governamentais cooperativas, no ano de 2006 foi estabelecido o Pacto pela Saúde. Apesar de representar uma inovação no sentido de reconhecer a concepção política da regionalização e da descentralização, além de propor a pactuação e a articulação entre gestores na busca por maior coerência na organização, financiamento e

gestão do sistema, o pacto não teve o êxito esperado na gestão compartilhada do SUS, uma vez que não alterou significativamente os instrumentos de planejamento, à exceção dos blocos de financiamento e dos indicadores de monitoramento e avaliação (Albuquerque, 2013).

A partir desse cenário, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, surge como uma tentativa de superar a fragmentação e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. O decreto dispõe sobre a organização do sistema, o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de destacar a necessidade de consolidação da região de saúde como recorte privilegiado para a indução e a integração das políticas, da expansão do financiamento intergovernamental cooperativo e da estrutura das redes temáticas, com o objetivo de garantir a integralidade no acesso ao sistema (MS, 2011; Moreira et al., 2016).

A Assistência Farmacêutica é contemplada no decreto em Seção específica que aborda a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e que regulamenta, entre outros, alguns requisitos para efetivação do acesso universal e igualitário à AF (MS, 2011)

3.2 As Políticas Nacionais de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

As iniciativas do governo para intervir no mercado de medicamentos tiveram início antes mesmo da Constituição Federal vigente e da instituição do SUS. A criação da Central de Medicamentos, na década de 70, teve o intuito de intervir no mercado e na distribuição, pelo incentivo à produção oficial e apoio ao desenvolvimento de fármacos. A proposta inicial da Ceme não se consolidou (Marin, Luiza, 2003).

Os critérios de distribuição não seguiam parâmetros técnicos adequados e resultavam na utilização inadequada e na perda de parcela significativa dos medicamentos, fosse pelo vencimento do prazo de validade ou por armazenamento inadequado. A não implantação de uma política de medicamentos efetiva descaracterizou o possível papel da Ceme como centro de incentivo à pesquisa e como reguladora do mercado, conjunto de fatores e processos que resultou na inativação dela em 1997 (Marin, Luiza, 2003; Paula et al., 2009).

3.2.1 A Política Nacional de Medicamentos

Após a desativação da Ceme deu-se início a um processo de discussão sobre o acesso aos medicamentos entre diversos segmentos. Foram identificados e analisados os principais problemas do setor farmacêutico no país. Seguindo os debates e discussões, em 30 de outubro de 1998, a portaria ministerial nº 3.916 instituiu a Política Nacional de Medicamentos (MS, 2001a).

A formulação da PNM foi motivada por diversos fatores, entre os quais é possível citar dificuldades na garantia do acesso da população aos medicamentos, problemas na qualidade, falhas no uso racional, desarticulação da AF e desorganização dos serviços (MS, 2001b).

A PNM contempla diretrizes e define prioridades da ação pública nessa área, com o objetivo de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

Para alcançar os objetivos citados, a PNM estabelece oito diretrizes:

- Adoção de relação de medicamentos essenciais;
- Regulamentação sanitária de medicamentos;
- Reorientação da AF;
- Promoção do uso racional de medicamento;
- Desenvolvimento científico e tecnológico;
- Promoção da produção de medicamentos;
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- Desenvolvimento e capacitação de RH (MS, 2001b).

3.2.1.1 Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais

A criação de uma relação de medicamentos essenciais é primordial, pois estabelece aqueles considerados indispensáveis a partir de critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, de forma que esta lista deve abranger o maior número de doenças prevalentes na sociedade, com medicamentos que ofereçam melhor qualidade e segurança no seu uso (MS, 2007a), além de

racionalizar os procedimentos de aquisição, suprimentos e distribuição com custos favoráveis (Wannmacher, 2006; Silva, 2000).

A Relação de medicamentos essenciais deve influenciar diretamente na orientação da prescrição, dispensação e o abastecimento, tanto em âmbito privado quanto no SUS, principalmente (Gomes, 2001).

3.2.1.2 Regulação Sanitária de Medicamentos

A regulamentação sanitária de medicamentos, deve enfatizar, entre outros, questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que demonstrem ser inadequados ao uso (MS, 2001a). Nesse contexto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que é o órgão federal responsável pela fiscalização da produção e comercialização de produtos e serviços submetidos a vigilância sanitária, possui papel de destaque na consolidação dessa diretriz (Silva, 2000).

Na regulamentação sanitária objetiva-se garantir ao usuário de medicamentos a devida qualidade, eficácia e segurança em todos os processos desde a fabricação até a dispensação (MS, 2010a). Busca-se também, a promoção do uso de medicamentos genéricos, através de mecanismos utilizados pelo gestor federal que favoreçam a consolidação do uso desses produtos (MS, 2001a).

3.2.1.3 Reorientação da AF

A Reorientação da AF constitui uma diretriz que tem o objetivo de construir um novo modelo de AF no SUS, de forma que esta não fique restrita a aquisição e distribuição de medicamentos.

Assim, a PNM definiu a Assistência farmacêutica da seguinte forma:

Um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (MS, 2001a).

Para alcançar tal objetivo, a reorientação do modelo da AF deverá estar fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos (URM), na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos itens no âmbito do setor privado (MS, 2001d).

Por fim, a assistência farmacêutica, como um dos eixos em que se baseiam as diretrizes, deve complementar e apoiar as ações e serviços de atenção à saúde (MS, 2010a). Essas ações visam detectar as necessidades da população e ampliar o acesso aos medicamentos através da aplicação de recursos financeiros. Além disso, o incentivo a Assistência Farmacêutica tem como proposta a construção de consensos terapêuticos, e acompanhamento das formas de prescrição; dispensação; resultados terapêuticos e o estímulo ao URM (MS, 2001c).

3.2.1.4 Promoção do Uso Racional de Medicamentos

A Promoção do Uso Racional do Medicamento é um elemento de grande importância para uma política de medicamentos. O URM ocorre quando o usuário recebe o medicamento apropriado a sua necessidade, na dose e posologia corretas, pelo período de tempo adequado e ao menor custo (Marin, Luiza, 2003).

O URM está condicionado aos seguintes aspectos:

- Escolha terapêutica adequada (é necessário o uso de terapêutica medicamentosa);
- Indicação apropriada, ou seja, a razão para prescrever está baseada em evidências clínicas;
- Medicamento apropriado, considerando eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo;
- Dose, administração e duração do tratamento apropriados;
- Paciente apropriado, isto é, inexistência de contraindicação e mínima probabilidade de reações adversas;
- Dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos;
- Adesão ao tratamento pelo paciente;

- Seguimento dos efeitos desejados e de possíveis eventos adversos consequentes do tratamento.

Para alcançar esses objetivos, a PNM estabelece a Promoção do URM. Esta deverá ser realizada pela concessão de informações relativas às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes (MS, 2001d).

A PNM prevê ações relacionadas ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Também são previstas na PNM, ações de educação para os médicos prescritores e profissionais dispensadores (MS, 2001d).

3.2.1.5 Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Promoção da Produção de Medicamentos

Para execução das diretrizes relacionadas ao desenvolvimento científico e tecnológico e promoção da produção de medicamentos, a PNM prevê o incentivo a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica, a dinamização de pesquisas na área e a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo. Da mesma forma, prevê o estímulo a medidas que apoiem a produção de medicamentos, com ênfase àqueles constantes da Rename, de forma a assegurar o fornecimento regular no mercado interno (MS, 2001d).

3.2.1.6 Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos

Para efetivação da garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos é essencial que sejam observadas e cumpridas as regulamentações sanitárias vigentes. Destaca-se nesse contexto, as atividades de inspeção e fiscalização realizadas pelas autoridades sanitárias (MS, 2001d).

3.2.1.7 Desenvolvimento e Capacitação de RH

A diretriz que diz respeito a formação e capacitação de RH, tem o objetivo de garantir o provimento adequado e oportuno de recursos humanos em qualidade e quantidade para atuar nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a PNM. Converte com a Lei nº 8.080/90 que em seu artigo 14 e parágrafo único, define que a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersectorial articulada (MS, 2001d).

A Lei define ainda, como mecanismo fundamental, a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias” (MS, 2001d).

3.2.2 A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)

A PNAF foi aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338 de 06 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde e envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2004).

Nesse contexto a AF é definida como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004).

A PNAF possui um conceito mais amplo na integralidade das ações, como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, tais como: política de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de RH, regulação do mercado, construção de uma política de vigilância sanitária, entre outras, de forma a abarcar a intersectorialidade inerente ao SUS.

3.3 A AF na estrutura organizativa da Secretaria Municipal de Saúde.

O MS, em documento que define diretrizes para a estruturação de farmácias no SUS, preconiza que seja definido no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, um locus para a AF, com status de coordenação, diretoria, gerência ou superintendência (MS, 2009a).

A gestão da AF no SUS deve ser realizada a partir de uma concepção ampliada e necessita de um órgão ou instância que lidere e seja responsável por suas ações. O reconhecimento da AF como área de gestão e não apenas como compra e entrega de medicamentos, estimula mudanças na imagem minimalista dos serviços (Mendes, 2013).

A Coordenação Municipal de AF deve ter autonomia para planejar e decidir, formular diretrizes para AF no município, realizar atividades do ciclo logístico e de acompanhamento, orientação e supervisão das farmácias da rede municipal. Quanto maior a autonomia para decidir sobre essas questões, maior é a capacidade de decisão da Coordenação sobre aspectos de interesse da AF (Barreto, Guimarães, 2010).

3.4 O ciclo da assistência farmacêutica

A ideia de uma prática e formação farmacêutica eminentemente técnica, somada a todo um contexto sociopolítico, constitui um obstáculo para a articulação política dos serviços de saúde em relação aos medicamentos. Nesse cenário, o medicamento passa a ser visto como um bem de consumo e não como um insumo básico de saúde (Marin, Luiza, 2003).

A tentativa de superar essa situação levou à adoção de um enfoque sistêmico para organização da AF, que vem a ser uma estratégia para superar a fragmentação do setor e atribuir ao medicamento seu devido valor como item de saúde. Este enfoque valoriza a articulação entre as diversas partes que compõem o todo. A AF assim concebida, apresenta componentes com aspectos de natureza técnica, científica e operativa, integrando-os de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidade. As etapas possuem entre si uma inter-relação sistêmica (Marin, Luiza, 2003).

A AF no SUS deve ter sua organização norteada por uma série de atividades interligadas e dependentes (Alencar, 2011). Estas atividades constituem 'o ciclo da assistência farmacêutica', que é um sistema subdividido em seis diferentes etapas: 'Seleção', 'Programação', 'Aquisição', 'Armazenamento', 'Distribuição' e 'Dispensação' (MS, 2001b), conforme ilustradas na Figura 1 e descritas a seguir.



Fonte: Marin, Luiza (2003)

Figura 1. Etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica

3.4.1 Seleção de Medicamentos

A seleção de medicamentos é considerada a base da PNM e da PNAF. Esta etapa consiste em um processo para escolha de medicamentos eficazes e seguros, essenciais ao atendimento das necessidades de uma dada população (MS, 2001a). Essa escolha deve considerar critérios epidemiológicos, técnicos, econômicos, além da estrutura dos serviços de saúde.

Uma seleção adequada resulta em benefícios terapêuticos e econômicos, além de permitir a padronização de condutas terapêuticas. Deve ser realizada por meio de instrumento legal através da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que envolve diversos profissionais da área da saúde, com conhecimentos especializados, como farmacêuticos, médicos, enfermeiros e dentistas. Esta comissão deverá tomar como base da situação de saúde local, dados como

prevalência e incidência de doenças, grupo populacional, faixa etária, a demanda de medicamentos e seus custos, e acima de tudo possuir referencial teórico para subsidiar o processo do trabalho (MS, 2005a).

A CFT possui caráter permanente e deliberativo, tem a finalidade de assessorar o gestor e a equipe de saúde no que se refere ao assunto medicamento e o mais importante, validar protocolos terapêuticos, desenvolvendo ações educativas como informações terapêuticas e farmacológicas e informações farmacêuticas, e não pode, de maneira alguma, substituir, desempenhar ou gerenciar a assistência farmacêutica (MS, 2001b).

Segundo o MS é essencial que a seleção de medicamentos seja revisada periodicamente e amplamente divulgada entre os profissionais de saúde, para que se possa analisar a sua utilização na rede, verificando o menor risco/benefício, menor custo/ tratamento, maior estabilidade e probabilidade farmacocinética mais favorável, facilidade de armazenamento e maior comodidade de uso ao paciente, possibilitando assim uma maior adesão ao tratamento (MS, 2001b; Oliveira, 2004).

A Rename, adotada no país desde 1975, é um instrumento racionalizador das ações de assistência à saúde e de gestão (CONASS, 2015). Serve de referência para a elaboração das listas de medicamentos essenciais dos estados e municípios, além de ser um instrumento fundamental para a orientação, prescrição, dispensação e abastecimento de medicamentos (Alencar, 2011).

A normativa legal vigente induz os municípios a elaborarem as listas municipais de medicamentos essenciais baseadas na Rename, uma vez que a portaria nº 1555/2013, que define o financiamento e a execução do componente básico da assistência farmacêutica, vincula a aplicação dos recursos federais, bem como as contrapartidas estaduais e municipais à aquisição de medicamentos constantes nos Anexos I e IV da Rename (MS, 2013a).

Em 28 de Abril de 2011, a Lei nº 12.401 cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) (Brasil, 2011a), que tem sua composição, competências e funcionamento regulamentados no Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011b).

Estes marcos regulatórios definem fluxos, critérios e prazos para avaliação de incorporação de novas tecnologias no SUS (Caetano et al., 2017).

O Decreto nº 7.646/2011 define:

A Conitec, órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alterações de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (Brasil, 2011b).

A Conitec possui a função de assessorar o MS nessas decisões, inclusive quando se trata de medicamentos. Tem a responsabilidade ainda de promover as atualizações necessárias na RENAME (Caetano et al., 2017).

A criação da Conitec é um importante passo no desenvolvimento das avaliações de tecnologias em saúde no país. O suporte da Conitec permite o desenvolvimento de políticas baseadas em evidências, além de apoiar decisões de financiamento, aquisições, uso apropriado e desinvestimento de tecnologias obsoletas e ineficazes (Caetano et al., 2017).

3.4.2 Programação

A programação visa garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade, qualidade e tempo adequado para atender as necessidades de saúde local por um determinado período de tempo (Cosendey, 2000; Marin, Luiza, 2003; Fraga, 2005). Em um cenário de recursos financeiros insuficientes para o atendimento a todas as necessidades, essa etapa possui importante papel na definição dos itens com prioridade para aquisição (MS, 2006a).

A etapa da programação no ciclo da assistência farmacêutica possui importância elevada, pois tem uma relação estreita com o acesso ao medicamento. A programação adequada evita o desabastecimento, reduz a perda de produtos e, conseqüentemente, evita gastos desnecessários com novas aquisições (Cosendey, 2000; Oliveira, 2004).

Para o desenvolvimento de uma programação adequada e consistente, existe a necessidade de que os responsáveis por esta ação disponham de informações seguras sobre consumo e demanda (atendida e não atendida), perfil demográfico e epidemiológico, estrutura da rede de saúde local, recursos financeiros disponíveis, além de sistemas de informação e gestão de estoques eficientes (MS, 2001b; Oliveira, 2004; MS, 2006a).

Diversos métodos podem ser utilizados na realização da programação de medicamentos, os mais comuns: consumo histórico, perfil epidemiológico e ofertas de serviços.

O método de programação pelo consumo histórico é realizado através de análise do consumo de medicamentos em uma série histórica, o que permite estimar as necessidades para os próximos períodos (MS, 2006a).

Para que este método seja executado de maneira adequada, o profissional responsável por esta tarefa deve dispor de informações fidedignas de movimentação de estoques, dados de demanda (atendida e não atendida) e consumo de no mínimo 12 meses, para que seja possível identificar as variações sazonais. A limitação desse método consiste principalmente na dificuldade de obtenção de dados de consumo confiáveis (MS, 2006a).

A programação de medicamentos pelo perfil epidemiológico é realizada com a utilização de dados de morbimortalidade e, considera dados populacionais e esquemas terapêuticos, capacidade de cobertura, consumo de medicamentos e oferta de demanda de serviços. É um método que pode ser aplicado sem a utilização de informação de consumo histórico de medicamentos, o que o torna adequado nos casos de implementação de novos serviços de saúde. Este método pode apresentar problemas, principalmente devido a incerteza da qualidade dos registros epidemiológicos a serem utilizados (MS, 2006a).

O terceiro método citado é o da programação pela oferta de serviços. Nessa modalidade estima-se as necessidades da população a partir da rede instalada para tratamento de determinada enfermidade. Esse método possui limitações de aplicação pois reflete somente o que foi ofertado e demandado por aquela parcela da população que teve acesso aos serviços. Não considera possíveis falhas de oferta e execução dos serviços (MS, 2006a).

Para uma programação mais ajustada a realidade, os métodos devem ser utilizados de forma combinada (MS, 2006a).

3.4.3 Aquisição de Medicamentos

A PNM reforça a política de descentralização proposta para o SUS e transfere a responsabilidade da gestão e operacionalização da AF para os municípios (Marin,

Luiza, 2003; Bevilacqua et al., 2011), inclusive todos os procedimentos necessários para aquisição dos medicamentos.

A aquisição ou contratação de bens e serviços por entes públicos deve seguir uma série de normas e procedimentos que são regulamentados pela Lei nº 8.666/93, conhecida como lei de licitações (Brasil, 1993).

A licitação deve ser registrada em processo próprio e obedecer aos princípios da legalidade, igualdade, publicidade, prioridade administrativa, vinculação ao edital e do julgamento objetivo, com o intuito de selecionar sempre a proposta mais vantajosa para a Administração Pública (MS, 2001b; MS, 2006a). Salvo as exceções descritas na Lei 8.666/93, onde a licitação é dispensável ou inexigível, a aquisição de medicamentos deve ser realizada através de procedimentos licitatórios (Brasil, 1993).

A Lei 8.666/93 estabelece as modalidades de licitação. As modalidades utilizadas para aquisição são: 'Convite', 'Tomada de Preço' e 'Concorrência'. O que diferencia cada uma delas são os valores-limite estabelecidos, exigências específicas dos procedimentos, formalização do processo e prazos (Brasil, 1993). A modalidade 'Pregão' foi estabelecida posteriormente pela Lei nº 10.520/2002. O pregão possui procedimento diferenciado dos demais e não é vinculado a valores estabelecidos (Brasil, 2002).

'Convite' é uma modalidade de licitação destinada a aquisições de até R\$ 150.000,00. Possui prazo de divulgação mínimo de cinco dias úteis. É uma modalidade entre os interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de três pela unidade administrativa. A cópia do convite deve ser afixada em local apropriado para que os demais interessados possam ter ciência e manifestar seu interesse em participar.

A modalidade 'Tomada de Preços' é destinada a aquisições de até R\$ 1.500.000,00. Ocorre entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem todas as condições exigidas para credenciamento até o terceiro dia anterior a data de recebimento das propostas. A aquisição por esta modalidade deve ser divulgada no Diário Oficial e em jornal de grande circulação com no mínimo 15 dias de antecedência.

Para aquisições com valores superiores a R\$ 1.500.000,00, a modalidade adequada é a 'Concorrência'. Esta é realizada entre quaisquer interessados que, na fase de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de

qualificação exigidos em edital. Deve ser divulgado com no mínimo 30 dias de antecedência no Diário Oficial e em jornal de grande circulação.

Outras duas modalidades são previstas na Lei nº 8.666/93: o 'Concurso' e o 'Leilão'. No entanto, estas não são utilizadas para aquisições. O concurso destina-se a escolha de trabalhos técnicos, científicos ou artísticos e o leilão à venda de bens móveis inservíveis, produtos legalmente apreendidos ou penhorados e alienação de bens imóveis.

O 'Pregão', modalidade estabelecida posteriormente, diferente das demais não é realizada pelo valor estimado da contratação, mas pela natureza do bem. É a modalidade de escolha para aquisição de bens comuns pela administração pública.

A Lei nº 10520/2002 define bem comum como: "... aquele cujos padrões de qualidade e desempenho possam ser claramente definidos de forma objetiva no edital".

O pregão deve ser divulgado com prazo mínimo de 8 dias de antecedência em Diário Oficial e jornais de grande circulação.

Além da escolha da modalidade mais vantajosa para aquisição e a formalização dos procedimentos legais para a realização delas, uma questão importante no processo de aquisição de medicamentos para o SUS é a garantia da qualidade dos produtos. Em um cenário de recursos cada vez mais escassos, o desafio dos gestores é planejar o processo de aquisição de medicamentos de forma que a qualidade do produto adquirido não seja prejudicada pela necessidade econômica (Luiza, 1999; Bevilacqua et al., 2011).

Os requisitos técnicos e de qualidade dos produtos devem ser exigidos em edital. Tais exigências visam assegurar a qualidade dos medicamentos a serem disponibilizados ao usuário. Em publicação para orientações gerais para aquisição de medicamentos para o SUS, o MS instrui exigir requisitos técnicos, tais como: registro sanitário do produto pela Anvisa; especificações em conformidade com o solicitado no edital; prazo de validade dos medicamentos não deverá ser inferior a 2/3 da validade total, a contar da data de entrega do produto; laudo de Análise de controle de qualidade; certificado de boas práticas de fabricação emitido pela Anvisa; embalagem original devidamente identificada com lote, validade e responsável técnico (MS, 2006b).

Exigir estes requisitos técnicos demonstra preocupação da administração com a qualidade e eficácia dos medicamentos ofertados, bem como na economia para o setor (Merisio et al., 2012).

A etapa de aquisição de medicamentos, traz ainda outros obstáculos para sua execução, como a morosidade do procedimento licitatório (Canabbaro, Hahn, 2009), a não entrega dos medicamentos por parte dos fornecedores, o não cumprimento dos prazos (Cansi, 2014) e a entrega de produtos fora das especificações previstas em edital (Merísio et al., 2012).

A legislação vigente estabelece penalizações para inexecução total ou parcial do objeto licitado, tais como: advertência, multa e suspensão temporária do direito de participar de novas licitações.

3.4.4 Armazenamento

A etapa do armazenamento visa assegurar, juntamente com a posterior distribuição, a integridade dos medicamentos através de boas condições de armazenagem e de um controle de estoque efetivo.

O armazenamento ocorre em dois locais distintos: Na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), em alguns locais chamado também de almoxarifado de medicamentos, onde a estocagem acontece de forma mais vultosa, pois é a partir da CAF que vai haver a distribuição para as unidades de saúde; e nas próprias unidades, onde apesar de ocorrer em menor escala não significa que seja menos importante (Fraga, 2005).

Para que uma boa prática de estocagem seja seguida é preciso realizar atividades como o recebimento dos medicamentos, o armazenamento, a segurança, a conservação dos mesmos e o controle de estoque (MS, 2001b; Marin, Luiza, 2003; Oliveira, 2004; MS, 2006a;).

No recebimento deve ser estabelecida a rotina de verificação da conformidade dos medicamentos entregues, se seguem as especificações do edital, se o lote e a data de validade estão de acordo com documento fiscal e se o produto apresenta o laudo sanitário exigido (MS, 2001c).

O armazenamento deve ser realizado em área definida, distantes de outras áreas como segregação e quarentena, levando em conta os parâmetros de segurança e as normas de boa estocagem (MS, 2001c).

Deve utilizar também, técnicas para manter os itens armazenados em ordem cronológica para evitar situações de vencimento de medicamentos que poderiam ser evitadas. A técnica mais conhecida é o sistema PEPS, ou seja, “o primeiro que entra é o primeiro que sai”. (MS, 2001c).

Os medicamentos devem ser armazenados em local onde estejam protegidos contra danos físicos, furtos e roubos. Alguns procedimentos devem ser adotados para alcançar a segurança na estocagem, como respeito ao limite máximo de empilhamento, redução de perdas, higienização adequada do local, controle da entrada e saída de materiais e restrição do acesso, permitido somente para pessoas do setor (MS, 2001c).

A etapa de armazenamento deve garantir a conservação dos produtos, o que consiste em assegurar que sejam mantidas as características físico-químicas deles, durante o período de estocagem, portanto deve considerar parâmetros como luminosidade, ventilação, temperatura, umidade, enfim tudo o que possa comprometer a estabilidade do medicamento (MS, 2001c).

O controle de estoque é o monitoramento da movimentação física dos produtos, suas entradas, saídas e mesmo as possíveis perdas. Um controle adequado dá subsídios para que os processos de programação e aquisição sejam efetivos, dessa maneira podem ser mantidos níveis de estoque que sempre atenderão a demanda, sem que ocorra superposição ou desabastecimento do sistema (MS, 2001c).

3.4.5 Distribuição

A distribuição é a etapa da assistência farmacêutica responsável pelo suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno (MS, 2006a).

O processo de distribuição inicia-se com uma solicitação de medicamentos da parte requisitante para o nível de distribuição, com o objetivo de suprir as necessidades desses itens por um determinado período de tempo (Marin, Luiza,

2003). Após o recebimento da solicitação, a unidade de distribuição deve realizar os procedimentos de análise da requisição, processamento, preparação, liberação, conferência e registro da saída do pedido, monitoramento e avaliação, arquivo e documentação. A distribuição deve garantir rapidez e segurança na entrega e eficiência no controle e informação (MS, 2001b).

Esta etapa deve ser realizada mediante um cronograma estabelecido, para evitar atrasos ou desabastecimentos. Deve garantir que os produtos cheguem aos destinatários nas quantidades corretas e deve ser um processo completamente monitorado e avaliado, para isso, é indispensável a utilização de sistemas de informação para um gerenciamento adequado (MS, 2006a).

O transporte dos medicamentos deve ser realizado sob condições adequadas, para que a integridade dos itens transportados seja preservada durante o processo e alcance o destino em tempo e custos oportunos. Devem ser observadas as características dos medicamentos a serem transportados, para que o veículo destinado para realização desta tarefa seja adequado. Itens termolábeis como vacinas, soros e insulinas, devem ser transportados em veículos com isolamento térmico (MS, 2006a).

3.4.6 Dispensação

A fase final do ciclo da assistência farmacêutica é a dispensação, definida da seguinte forma pela Política Nacional de Medicamentos:

É o ato profissional do farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase do cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (MS, 2001a).

Na prática, a dispensação é tratada como um ato de entrega de um produto, desprovido de sua função técnica e profissional (Angonesi, 2008) e é realizada por diversos tipos de profissionais, com diferentes níveis de treinamento e capacitação. Qualquer erro ou falha nesse processo, pode afetar seriamente o tratamento do paciente e pode, inclusive, levá-lo a morte (MSH, 2012).

Erro de medicamento é entendido como um evento prevenível, que pode causar o uso inapropriado de uma droga, ou dano ao paciente (MSH, 2012). Nos Estados Unidos, estima-se que entre 44.000 e 98.000 pessoas morram anualmente devido a erros de medicação (Ev et al., 2008; Ferrari et al., 2013).

A dispensação não pode ser reduzida a uma mera distribuição de medicamentos, mas deve ser entendida como a interação do profissional com o paciente que, além de identificar possíveis erros de prescrição, geram informações importantes que colaborarão com a adesão ao tratamento (Marin, Luiza, 2003; Oliveira, 2004; MSH, 2012).

A OMS define adesão ao tratamento como: “a medida com que o comportamento de uma pessoa — tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida — corresponde às recomendações de um profissional de saúde” (WHO, 2003a).

A adesão ao tratamento aumenta as possibilidades de sucesso terapêutico e, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida dos usuários (WHO, 2003a). Diversos são os motivos que podem prejudicar a adesão ao tratamento, um dos principais é a falta de informação do paciente sobre o uso correto dos medicamentos (indicações, contraindicações, interações, tempo de tratamento, posologia, dosagem, cuidado no uso, etc) (MS, 2006a).

Estes e outros problemas podem ser evitados ou minimizados a partir de um serviço adequado de dispensação de medicamentos, onde o profissional farmacêutico utiliza este momento para compreender a prescrição e transformar isto em instruções individualizadas ao paciente, de forma a promover o uso correto e o sucesso terapêutico (Angonesi, 2008).

Os erros de medicação geram custos diretos e indiretos e elevam os gastos públicos com tratamentos em percentuais que giram entre 50% e 70% (Ev et al., 2008; Ferrari et al., 2013).

A atuação do farmacêutico na dispensação, além de um ato de promoção à saúde, é também um ato de economia para o usuário e para o sistema, já que o uso inadequado de medicamentos acarreta maiores despesas com novos tratamentos e internações (Claumann, 2003).

3.5 Componentes da Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica no SUS está organizada em 'Componentes'. Cada componente possui características próprias em termos de abrangência, objetivos, responsabilidades federativas pelo financiamento, implementação, avaliação e monitoramento. A Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica em 3 diferentes componentes: 'Componente Básico', 'Componente Estratégico' e 'Componente Especializado' da Assistência Farmacêutica (MS, 2007b).

As normativas que regulamentam o financiamento e execução dos componentes da AF foram incorporadas à Portaria de Consolidação nº 6 GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que foi alterada pela Portaria do MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (MS 2017a; MS, 2017b).

Como principal mudança, a nova regulamentação estabelece que, a partir de 2018, os repasses financeiros da União aos demais entes passam a ser organizados na forma de apenas dois blocos de financiamento: Bloco de custeio das ações e dos serviços públicos de saúde e bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde (CNM, 2018).

A conta relacionada ao bloco de custeio passa a receber os repasses referentes aos recursos oriundos dos programas, das estratégias e das ações que integravam os Blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

Já o Bloco de Investimento passa a contemplar o financiamento das ações para estruturação da atenção básica, atenção especializada, vigilância em saúde, desenvolvimento de tecnologias e gestão do SUS.

Apesar da mudança no modelo de repasse, os recursos federais permanecem vinculados às normativas que os originaram.

3.5.1 Componente básico da assistência farmacêutica (CBAF)

O CBAF destina-se a à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica, inclusive aqueles relacionados a agravos

e programas de saúde específicos e tem seu financiamento e execução regulamentado pela Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013 (MS, 2013a).

Neste componente, o financiamento dos medicamentos e insumos ocorre por meio de transferência de recursos financeiros aos estados e/ou municípios, ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde (MS), como ocorre nos casos dos contraceptivos do programa da Saúde da Mulher, constantes nos Anexos I e IV da Rename, e nos casos das insulinas Humanas NPH e Regular.

O financiamento do CBAF é tripartite e cada esfera deve aplicar no mínimo os seguintes valores: união (R\$ 5,10 por habitante/ano); estados (R\$ 2,36 por habitante/ano) e municípios (R\$ 2,36 por habitante/ano). O que totaliza um financiamento mínimo de R\$ 9,82 por habitante/ano, transferidos aos entes federativos beneficiados em parcelas mensais equivalentes a 1/12 avos do valor anual. Este financiamento é exclusivo para a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da Rename vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulínod dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007.

Para fins de cálculo dos valores a serem transferidos aos municípios é utilizada a população estimada pelo IBGE para o ano de 2016.

O artigo nº 11 da Portaria nº 1.555/2013 prevê que, a fim de apoiar a execução do CBAF, a aquisição dos medicamentos pode ser pactuada na CIB para que seja realizada de forma centralizada pelos estados na forma de atas estatuais de registro de preços ou consórcios de saúde.

Conforme previsto no parágrafo anterior, com a finalidade de facilitar o acesso dos municípios menores aos medicamentos do CBAF, o estado de São Paulo criou o 'Programa Dose Certa'. Neste programa, os municípios com população inferior a 250 mil habitantes podem optar por receber os valores referentes as transferências previstas na portaria 1.555/2013, em medicamentos estabelecidos em lista pactuada na CIB.

A execução do CBAF é descentralizada e cabe aos municípios a organização dos serviços e as atividades farmacêuticas, entre as quais, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos insumos, com exceção de casos especiais pactuados na CIB, nos quais a aquisição e a distribuição ficam sob responsabilidade do Estado (MS, 2013a).

3.5.2 Componente estratégico da assistência farmacêutica (Cesaf)

O componente estratégico da assistência farmacêutica tem o objetivo de disponibilizar os medicamentos necessários para o tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico. São doenças que atingem ou colocam em risco a saúde das coletividades e têm como importante estratégia o tratamento de seus portadores.

O Cesaf disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas (MS, 2014a).

Neste componente, compete ao MS um grande protagonismo, com a elaboração de protocolos de tratamento, o planejamento, a aquisição centralizada e a distribuição aos Estados dos medicamentos e insumos. As Secretarias Estaduais de Saúde são as responsáveis pelo armazenamento dos produtos e a distribuição às regionais ou municípios.

Os municípios são os responsáveis pelo armazenamento, distribuição para as unidades de saúde, a programação e a dispensação dos medicamentos aos usuários.

3.5.3 Componente especializado da assistência farmacêutica (Ceaf)

O terceiro componente a ser descrito é o especializado. O Ceaf inicialmente foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, que posteriormente viria a ser revogada pela Portaria GM/MS nº 1554 de 30 de julho de 2013, alterada pela Portaria GM/MS nº 1996 de 11 de setembro de 2013 (MS, 2009b; MS, 2013b, MS, 2013c).

Desde o princípio de sua concepção o Ceaf tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Seu

principal objetivo é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as fases evolutivas das doenças contempladas neste componente, em nível ambulatorial (MS, 2014b).

O Ceaf contempla o fornecimento de medicamentos para o tratamento de doenças raras, não englobadas por outros componentes da assistência farmacêutica, bem como doenças endêmicas em estado de refratariedade ou estágios evolutivos em que os medicamentos fornecidos pelo CBAF não surtem o efeito desejado (MS, 2014b).

As linhas de cuidado são definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Estes são estabelecidos e publicados pelo MS, com o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão ao tratamento, os medicamentos e esquemas terapêuticos, bem como os mecanismos de monitoramento e avaliação (MS, 2014b).

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas no Ceaf estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É subdividido em 1A e 1B. O Grupo 1A possui aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, enquanto os medicamentos do Grupo 1B são adquiridos pelas SES através de repasses financeiros provenientes da União. Este Grupo é composto por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 2 é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais de Saúde, enquanto o Grupo 3 abarca os medicamentos do CBAF, sob responsabilidade de aquisição dos municípios e financiamento tripartite (MS, 2013b).

No Ceaf, o financiamento ocorre por parte do Estado e da União, com execução sob responsabilidade das SES (MS, 2013b). O município pode participar da execução desse componente como um polo descentralizado de dispensação, caso seja pactuado na CIB.

3.6 Outras formas de acesso a medicamentos.

Além dos componentes Básico, Estratégico e Especializado, existem outras formas de financiamento de medicamentos previstas no SUS: tratamentos oncológicos; e tratamentos que passam por apreciação da 'Comissão de Farmacologia do Estado de São Paulo'. Por fim, uma forma com financiamento não previsto pelo SUS, mas que tem sido utilizada de maneira cada vez mais frequente: o acesso aos medicamentos por meio do poder judiciário, situação conhecida como 'judicialização' da assistência farmacêutica.

Essas três formas citadas serão descritas nos subitens abaixo.

3.6.1 Medicamentos Oncológicos

Os medicamentos Oncológicos não são financiados por meios de componentes, como o CBAF, Ceaf e o Cesaf. Esse tipo de medicamento tem uma modalidade de financiamento que segue uma lógica distinta das demais. O foco do financiamento é no paciente e não no medicamento, ou seja, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde não disponibilizam o medicamento de forma direta. Seu fornecimento ocorre por meio de sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema Autorização de Procedimentos da Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial (Apac – SIA) do SUS.

A Portaria GM/MS nº 874 de 16 de maio de 2013, define a Política Nacional para a Prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (MS, 2013d). O objetivo dessa política é reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer, além de buscar reduzir a incidência de alguns tipos da doença, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos portadores, por ações de prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (MS, 2013d).

A assistência ao paciente com câncer deve ser organizada de maneira que seja possibilitado o provimento contínuo de ação de atenção da população que perpassem todos os níveis de forma articulada entre as três esferas. Os medicamentos devem ser ofertados pelos hospitais credenciados ao SUS e habilitados em oncologia. Os gastos com medicamentos são ressarcidos pelo MS

conforme código de procedimento registrado na APAC e a respectiva Secretaria de Saúde gestora é quem repassa ao hospital o recurso recebido do MS (MS, 2013d).

Esses estabelecimentos habilitados em oncologia pelo SUS são responsáveis por todo o processo que envolve a oferta do medicamento ao usuário final, o que inclui a padronização, aquisição e prescrição destes de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes (MS, 2013d).

3.6.2 Comissão de farmacologia da SES do estado de São Paulo

Além dos fornecidos pelos Componentes da Assistência Farmacêutica e aqueles para o tratamento de câncer, no estado de São Paulo, existe ainda uma outra via administrativa para solicitação de medicamentos em caráter de excepcionalidade, conforme regulamentado pela Resolução SS nº 54 de 11 de maio de 2012.

A referida Resolução aprova a estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia (CF) da SES-SP. Esta comissão possui natureza técnico-científica permanente e tem por objetivo assessorar o titular da pasta na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição, dispensação e seguimento farmacoterapêutico no âmbito do SUS no estado de São Paulo, em conformidade com a PNM (SES-SP, 2012).

A resolução prevê o fornecimento de nutrição enteral e medicamentos, que não fazem parte das listas de medicamentos essenciais, em caráter de excepcionalidade, desde que esgotadas todas as alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS e que apresente na literatura científica forte nível de evidência para sua utilização.

As solicitações são realizadas pelo preenchimento de formulário específico pelo médico e são analisadas pela CF, que definirá sobre o deferimento ou não do fornecimento do item. Caso a CF delibere pelo deferimento da solicitação, o medicamento passará a ser fornecido àquele paciente pela SES.

3.6.3 Judicialização da AF

O artigo nº 196 da Constituição Federal prevê que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. A partir desse artigo da Constituição, um número cada vez maior de usuários recorre ao poder judiciário para garantir o acesso a bens e serviços de saúde por meio de ações judiciais. Esse fenômeno recebeu o nome de 'judicialização' (Chieffi, Barata, 2009).

A judicialização da AF ocorre quando o usuário aciona o poder judiciário para solicitar que o ente público forneça um determinado medicamento que não é fornecido pelo SUS. O não fornecimento do medicamento regularmente pelo SUS ocorre por diversos motivos: preços abusivos praticados pelos fabricantes; desabastecimento dos medicamentos padronizados nas farmácias do SUS; falta de padronização de uso; falta de registro no país e ausência de comprovação da eficácia do medicamento (Chieffi, Barata, 2009).

Na fase atual do SUS, observa-se a presença marcante dos operadores do direito na determinação de benefícios, na alocação de recursos e, até mesmo, no rumo das políticas públicas (Marques, Dallari, 2007; Carvalho, Leite, 2014).

Na maior parte dos casos, a justiça considera o direito a saúde como um direito individual e não como um direito coletivo (Marques, 2002). Sob a ótica do indivíduo, o indeferimento de uma solicitação judicial de medicamento possui caráter de desumanidade (Vieira, 2008a).

De modo geral, ao deferirem ações judiciais para fornecimento de medicamentos, para garantir os direitos individuais, os juízes tendem a não considerar as políticas de AF no SUS (Marques, Dallari, 2007; Vieira, 2008a), comprometendo os princípios da universalidade, integralidade e equidade que regem o SUS (Vieira, 2008a).

A maior parte das decisões judiciais são demandas exclusivas para medicamentos que não são previstos por protocolos e programas executados pelo SUS (Campos Neto et al., 2012; Gomes, Amador, 2015). Ao acolher essas demandas, a justiça incorre na propensão de agir em favor daqueles que possuem maiores informações e recursos para acioná-la (Marques, 2002). O SUS preconiza a igualdade de condições e a inexistência de privilégios e preconceitos de qualquer espécie nos serviços de saúde. No entanto, ao garantir a poucos indivíduos, bens ou

serviços não oferecidos pelo SUS, a justiça assume a possibilidade de não observar este princípio (Santos, 2006; Chieffi, Barata, 2009).

De modo semelhante, observa-se a distorção do princípio da integralidade. Para o SUS, esse princípio significa empregar os meios necessários para a efetivação do cuidado e implica dispor de tipos diferentes desses meios segundo o grau requerido de complexidade da atenção à saúde. Por outro lado, para o poder judiciário, a integralidade relaciona-se a noção de consumo. Sob esse ponto de vista, a gestão da AF torna-se bastante confusa, uma vez que o mercado possui cerca de 16 mil apresentações diferentes de medicamentos, e o SUS deve fornecer o tratamento em todos os níveis de atenção (Vieira, 2008a).

As ações judiciais para fornecimento de medicamentos, na maioria das vezes, são movidas de forma individual, fato este que estimula o debate sobre a destinação dos recursos do SUS e o princípio da universalidade, com o questionamento de que a utilização de recursos para atendimento a uma demanda individual poderia gerar falta de recursos para as necessidades coletivas (Gomes, Amador, 2015).

Ao realizar o fornecimento de medicamentos exclusivamente com a finalidade de atender a uma ordem judicial, o ente público não tem a oportunidade de avaliar se o tratamento demandado possui o melhor custo-efetividade, se o indivíduo necessita realmente do tratamento pleiteado, se o tratamento não pode ser substituído por outro fornecido regularmente pelas políticas de AF, apenas cumpre-se a ordem judicial (Chieffi, Barata, 2009).

A judicialização da AF impacta de maneira importante no orçamento do SUS, uma vez que os recursos são finitos e a sua administração deve ser planejada e balizada pelas políticas de saúde. As ações judiciais prejudicam essas políticas, impedem a alocação racional dos recursos públicos e interferem nas ações de saúde (Santos, 2006; Barroso, 2007).

Estudo realizado em Minas Gerais, descreveu as relações entre médico prescritor, advogado e indústria farmacêutica em ações judiciais contra o Estado. Os autores encontraram que mais de 80% das demandas eram oriundas de atendimento por médicos da rede suplementar e mais de 60% dos indivíduos foram representados por advogados particulares. Encontraram ainda, resultados que podem sugerir uma relação de parceria entre médico, advogado e laboratório fabricante, uma vez que, um único médico foi responsável por mais de 44% das 117

ações movidas por um escritório de advocacia para fornecimento de um medicamento específico (Campos Neto et al., 2012).

Em alguns casos, como ocorre em São Paulo, a judicialização pode ir além da solicitação de medicamentos. O governo estadual tem sido compelido a fornecer itens excêntricos ao SUS, como: sabonete, shampoo e condicionador capilar, hidratante, antisséptico oral (inclusive importados), absorventes íntimos, fraldas (mais de 56 marcas, tipos e tamanhos), preservativos, itens para nutrição – sucos e bebidas à base de soja (com toda especificidade de marca, dos mais variados sabores e subtipos), água de côco, água mineral, leite de vaca e de cabra in natura, adoçantes, achocolatados, óleo de soja, azeite de oliva, amido de milho e outras farinhas e mucilagens. Também são exigidos materiais como poltronas de massagem, colchão, travesseiro (comuns), filtro de barro, lupas, perucas, além de feira semanal para aquisição de alimentos in natura (Siqueira, 2015).

Na medida em que o Estado não implementa de maneira efetiva e adequada as políticas de saúde, as ações judiciais tornam-se um canal legítimo de defesa dos direitos fundamentais dos indivíduos (Chieffi, Barata, 2009). No entanto, diversas publicações atuais apontam os impactos negativos que a judicialização desenfreada tem ocasionado. Esta questão é um importante desafio para a gestão da AF, uma vez que não existem componentes ou blocos de financiamento para a aquisição de medicamentos para atender demandas judiciais, os itens devem ser adquiridos com recursos do tesouro do ente acionado (Silva et al., 2017). Além disso, não é possível fazer uma previsão orçamentária para esses gastos (Chieffi, Barata, 2009).

3.7 Os conselhos de classe e a dispensação de medicamentos no SUS

Na maioria dos municípios, a dispensação de medicamentos é realizada por profissionais de saúde que não são farmacêuticos, como médicos e enfermeiros (Canabarro, Hahn, 2009), ou, com maior frequência, por profissionais com formação até o ensino médio (Araujo, Freitas, 2006; Barreto, Guimarães, 2010; Oliveira et al., 2010b; Alencar, 2011; Souza et al., 2011). Essa situação abre precedente para um espaço de disputa corporativo com intervenção de entidades representativas das classes profissionais envolvidas.

O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia foram criados a partir da Lei nº 3.820 de 11 de novembro de 1960 e uma das atribuições de um CRF

está estabelecida no artigo 10, alínea “c”: “Fiscalizar o exercício da profissão, impedindo e punindo as infrações à lei, bem como enviando às autoridades competentes relatórios documentados sobre os fatos que apurarem e cuja solução não seja de sua alçada” (Brasil, 1960).

A lei nº 13.021/2014 dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, e em seu artigo 6º, inciso I, determina que para o funcionamento de farmácias de qualquer natureza, é exigido, entre outros, ter a presença de farmacêutico durante todo seu horário de funcionamento (Brasil, 2014).

Nesse sentido, a atuação do CRF junto às farmácias do SUS exigindo presença de farmacêutico em tempo integral tem ocasionado fechamento de farmácias em algumas localidades, e consequente redução dos pontos de dispensação de medicamentos. (Comarca, 2016; Moraes, Oliveira, 2016; Panorama Farmacêutico, 2017).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), através de parecer normativo nº 02/2015, considerava que:

[...] os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) não possuem competência, ética e legal para realizar dispensação e/ou supervisão de unidades farmacêuticas, sendo desfavorável a esta prática, pelos profissionais de enfermagem.

O Cofen revisou o posicionamento sobre o tema e revogou o parecer normativo citado através do Parecer de Conselheira nº 145/2018, que considera que a dispensação de medicamentos não é uma atividade privativa do farmacêutico e que há a possibilidade de realização por enfermeiros (Cofen, 2018).

Não foram encontrados estudos sobre as atuações dos conselhos de classe no que tange à dispensação de medicamentos, bem como os impactos das medidas por eles tomadas à administração pública, aos sistemas de saúde e aos usuários do SUS.

3.8 Breves Considerações Sobre a Regionalização do SUS

De acordo com estimativas populacionais do IBGE para o ano de 2017, o Brasil possui 207.660.929 habitantes, distribuídos em 5.570 municípios. O estado de São Paulo é o mais populoso da federação 45.094.866 habitantes.

No Brasil, 4905 municípios possuem menos de 50 mil habitantes, o que representa mais de 88% deles. Residem nesses municípios 65.754.173 habitantes, o que representa 31,66% da população nacional (tabela 1).

Tabela 1. Número de municípios brasileiros e população de acordo com o porte populacional. Estimativas populacionais de 2017.

Porte Populacional	Número de Municípios	%	População total	%
Pequeno porte (0-50.000 habitantes)	4905	88,06	65.754.173	31,66
Médio-pequeno porte (50.001- 100.000 habitantes)	355	6,37	24.685.771	11,87
Médio porte (100.001-300.000 habitantes)	221	3,97	36.388.024	17,52
Médio-grande porte (300.001-500.000 habitantes)	47	0,84	18.234.951	8,78
Grande porte (Maior de 500.000 habitantes)	42	0,75	62.625.010	30,16
Total	5570	100	207.660.929	100

Fonte: IBGE. Estimativas populacionais 2017.

Apenas 42 municípios (0,75%) possuem população superior a 500 mil habitantes, no entanto, essas cidades concentram 30,16% do total populacional do país.

A distribuição de municípios por porte populacional apresenta um perfil diferente para o Estado de São Paulo, que possui 45.094.866 habitantes distribuídos em 645 municípios. O Estado possui 9 municípios com população superior a 500 mil habitantes, que concentra quase 42% dos habitantes do Estado (tabela 2).

Em comparação ao panorama nacional, os municípios de pequeno porte ocupam lugar de menor destaque em São Paulo, uma vez que constituem 78,76% dos municípios e compreendem uma população de 6.985.871, que representa 15,49% da população estadual.

Tabela 2. Número de municípios paulistas e população de acordo com o porte populacional. Estimativas populacionais de 2017.

Porte Populacional	Número de Municípios	%	População total	%
Pequeno porte (0-50.000 habitantes)	508	78,76	6.985.871	15,49
Médio-pequeno porte (50.001- 100.000 habitantes)	59	9,15	4.127.393	9,15
Médio porte (100.001-300.000 habitantes)	53	8,22	8.980.199	19,91
Médio-grande porte (300.001-500.000 habitantes)	16	2,48	6.076.995	13,48
Grande porte (Maior de 500.000 habitantes)	9	1,39	18.924.408	41,97
Total	645	100	45.094.866	100

Fonte: IBGE. Estimativas populacionais 2017.

A descentralização do sistema de saúde brasileiro, implementado na década de 1990, representou um avanço na construção do SUS e constitui uma diretriz operacional apontada como importante estratégia para implementação e viabilização dos princípios do SUS (Levcovitz et al., 2001; Viana et al., 2001). Essa transferência de poder e competência do nível central para os locais, pressupõe a definição de novas competências para os entes federados, com destaque aos municípios que tiveram ampliadas as suas responsabilidades na gestão do SUS (Abrucio, 2006; Spedo et al., 2009).

Esse processo foi induzido pelo MS a partir da publicação de diversos instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas (NOB), que devido à rigidez e o detalhamento excessivo com que eram editadas figuravam como um fator de limitação à operacionalização da descentralização, especialmente no tocante ao estabelecimento de pactuações que considerassem a realidade locorregional e a assimetria dos municípios (Goulart, 2001; Spedo et al., 2009).

Os sistemas municipais de saúde foram constituídos nesse contexto e estabelecidos independentemente da capacidade de governo dos municípios para assumir esse papel, o que culminou em sistemas com distintos potenciais resolutivos, atomizados e desarticulados (Spedo et al., 2009). A dificuldade e os riscos do processo de descentralização foram previstos na NOB 96, principal responsável pela política de municipalização: “elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS”.

As dificuldades, os riscos e a crescente constatação dos limites de acesso e equidade em um sistema de saúde exclusivamente de base municipal tem fortalecido a visão regional e a regionalização tem ocupado o centro do debate da reorganização do SUS na última década (Mello et al., 2017).

A regionalização da Saúde no Brasil como uma estratégia de organização das ações e serviços de saúde está prevista na Constituição Federal de 1988. No entanto, somente após a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas 01/02), em 2002, ela passa de fato a ter um papel central na condução das políticas de saúde (Viana et al., 2008).

A regionalização pode ser compreendida como um processo técnico-político que se traduz pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação e tem passado por diversas etapas e processos

no decorrer dos anos. (Viana, Lima, 2011). Possui como condicionantes a capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde, bem como a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, em diferentes espaços geográficos (Viana, Lima, 2011; Lima et al., 2012).

Em 2006 o Pacto pela Saúde, confere importância à regionalização na organização dos serviços e amplia o conceito de região de saúde. Além da oferta de serviços, já proposta pela Noas, o Pacto pela Saúde considera a existência de identidades culturais, econômicas, sociais e de uma rede de comunicação e transportes. Desta forma, busca adequar o desenho das regiões de saúde às diversidades locais, com vistas à garantia de acesso, resolutividade e qualidade nas ações e serviços de saúde. Propõe ainda, como estrutura de governança das regiões de saúde, a organização de Colegiados de Gestão Regional (CGR) (MS, 2006c).

A Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, com objetivo de garantir a integralidade do cuidado, frente ao panorama de mudanças epidemiológicas e demográficas, regulamenta a política de configuração das Redes de Atenção a Saúde e estabelece diretrizes como formas de organização dos serviços de saúde (MS, 2010b).

Publicado em 28 de junho de 2011, o decreto Nº 7.508 define o modo de organização do sistema e estabeleceu que:

Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (MS, 2011).

A fim de nortear a organização interfederativa de atenção à saúde, o referido decreto institui que seja firmado um acordo de colaboração entre os entes por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coap), de forma que sejam definidas e integradas as responsabilidades dos entes federativos em cada região de saúde, de modo a garantir a integralidade da assistência (MS, 2011).

Nesse período inicia-se a fase de “regionalização contratualizada”, com o objetivo de estruturar as regiões de saúde a partir de acordos intergovernamentais formalizados por meio de contratos e da conformação de Redes de Atenção à

Saúde baseadas em definições, critérios e instrumentos específicos de planejamento e financiamento (Albuquerque, 2013).

As RAS foram criadas para que os sistemas de saúde regionalizados e integrados pudessem ser concretizados no país. A criação das RAS exigiu que fossem estabelecidas parcerias, autônomas mas interdependentes, entre municípios e estados (Guerra, 2015).

Por definição, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (Viana et al., 2008). Na perspectiva da RAS não existe hierarquia entre os serviços de saúde, todos são considerados fundamentais para que sejam alcançados os objetivos e metas em comum e que seja realizado o cuidado integrado (Mendes, 2011).

As RAS têm como elementos essenciais a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção a saúde e possui responsabilidade com sua população adscrita que é, a ela vinculada, na atenção primária (Mendes, 2011).

Sua estrutura operacional é constituída por 'nós' a saber: centro de comunicação, atenção primária à saúde, serviços de atenção secundária e terciária, sistemas de apoio (Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia – SADT, sistema de assistência farmacêutica, sistema de informação à saúde), sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de regulação) e sistema de governança da RAS (Mendes, 2011).

O Ministério da Saúde definiu através de diversas portarias as redes temáticas prioritárias, são elas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Pessoas com Deficiência, Rede de Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial (CONASS, 2015).

Enfim, dentro desse contexto, a Assistência Farmacêutica possui papel fundamental como um sistema de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, conforme ilustrado na figura 2 (Mendes, 2011).



RT: Rede Temática 1, 2, 3...n.

Fonte: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011.

Figura 2. Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.

3.9 Desafios da AF frente ao processo de regionalização e configuração das RAS

Essa breve revisão parece suficiente para expor as diversas ordens de obstáculos e desafios impostos aos gestores da assistência farmacêutica, em particular nos municípios. Assim, cada etapa do ciclo da assistência farmacêutica representa engrenagens, cujas falhas repercutem negativamente no propósito final do acesso equitativo da população aos medicamentos. Questões como subfinanciamento; a falta de empenho na promoção do uso racional; a fragilidade na organização do ciclo e do sistema logístico; dificuldades com infraestrutura e recursos humanos são condições comumente observadas pelos gestores e que interferem de maneira importante no acesso da população aos medicamentos (Araújo, Freitas, 2006; Oliveira et al., 2010a; Lacerda, 2013). De fato, publicações referentes a AF no SUS, invariavelmente apontam para deficiências nos serviços e

oferta de medicamentos básicos nos pontos de dispensação (Araujo, Freitas, 2006; Paniz et al., 2010; Mendes et al., 2014).

Com o advento da PNM, a AF passou a ter gestão descentralizada, com responsabilidades compartilhadas entre as três esferas de governo, o que ampliou a participação e atribuições dos municípios na gestão. De forma análoga ao que aconteceu com os demais serviços de saúde, a descentralização da AF ocorreu independente da capacidade dos municípios para assumir esse papel. Desde então, os municípios apresentam dificuldades diversas na execução da AF, sendo que alguns problemas parecem ser mais frequentes em municípios de pequeno porte (MS, 2018), principalmente aqueles relacionados à escala para execução de serviços ou aquisição de medicamentos (CONASS, 2014).

As especificidades das dificuldades enfrentadas pelos municípios de pequeno porte na gestão da AF é pouco abordada na literatura. A discussão da regionalização como estratégia para a superação dos obstáculos da AF é necessária, assim como para os demais serviços de saúde. Os escassos estudos que abordam ações regionais na AF, via de regra, relatam experiências exitosas na execução de etapas específicas do ciclo da AF, como a etapa de seleção (Nunes et al., 2016) e, principalmente, de aquisição de medicamentos a partir de consórcios (Ferraes, Cardoni Junior, 2001; Amaral, Blatt, 2011; Wolfarth, 2015) ou sistemas estaduais ou regionais de registro de preços (Fadini, Pereira, 2016; Sousa et al., 2016).

4 MÉTODO

Trata-se de estudo de casos múltiplos, exploratório e analítico sobre a assistência farmacêutica na região de saúde do Vale do Jurumirim do estado de São Paulo. A metodologia do estudo de caso é uma escolha apropriada à investigação de objetos contemporâneos, complexos, no qual contexto e objetos não podem ser isolados (Yin, 2010).

Este estudo integra um grande projeto de investigação de cinco regiões de saúde do estado de São Paulo decorrente da chamada pública “Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde” - Seleção de Propostas SDP n. 01/2015 – com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

Com base em indicadores socioeconômicos, oferta e complexidade de serviços de saúde, o próprio edital definiu as cinco regiões de estudo, incluindo o Vale do Jurumirim. Em cada região foi selecionado pela pesquisa um conjunto representativo de municípios para investigação de campo. Os critérios da seleção inicial de municípios para estudo de campo e coleta de dados primários incluíam o município pólo e aqueles que possuíam maior (exclusive o polo) e menor número de estabelecimentos de saúde na região. No Vale do Jurumirim foram inicialmente selecionados os municípios de Avaré, Piraju e Iaras. Discussões com o DRS de Bauru e na Oficina de Trabalho com gestores na preparação de campo levou à substituição do município de Iaras por Itaporanga, devido à sua maior representatividade populacional e de serviços de saúde. A primeira fase da investigação consistiu na caracterização regional, realizada a partir de revisão de literatura e análise de bancos de dados, principalmente IBGE e DATASUS, para recompor, numa linha do tempo, a situação histórica da região, bem como suas principais características socioeconômicas, demográficas e de saúde.

A segunda fase envolveu a análise de campo da AF no Vale do Jurumirim.

Os trabalhos de campo foram realizados em duas etapas. Primeiro foi realizada em 02 de dezembro de 2016 uma oficina de apresentação, preparação e diagnósticos iniciais, com gestores da região e seus auxiliares, realizada no município pólo.

A investigação de campo propriamente ocorreu entre os dias 12 e 16 de dezembro de 2016, e envolveu a aplicação de várias estratégias metodológicas,

envolvendo as várias dimensões do estudo (governança, atenção básica, redes, logística, AF, recursos humanos e contratualização): (1) reuniões gerais para processamento inicial de dados secundários e preparação de campo; (2) entrevistas com questionários estruturados; (3) entrevistas semi-dirigidas e abertas; (4) itinerários terapêuticos com pacientes em três linhas de cuidado: Acidente Vascular Encefálico (AVE); gestação de alto risco; e câncer de mama; (5) visita aos equipamentos; (6) diário de campo; (7) reuniões gerais diárias de campo entre todas as dimensões envolvidas para discussão e validação dos resultados iniciais. A Assistência Farmacêutica se beneficiou de abordagem direta com os coordenadores da AF dos municípios e DRS-VI; e indiretamente com questões e aplicadas e dados provenientes de outras dimensões do estudo. Todas as entrevistas foram gravadas e anotadas em meio físico.

O questionário de AF é composto por questões abertas, fechadas e do tipo escala de likert de 5 pontos – frequências (nunca, raramente, as vezes, quase sempre e sempre), qualidade (inexistente, ruim, regular, boa e ótima) e intensidade (muito baixa, baixa, média, alta e muito alta).

Os resultados obtidos a partir de questões fechadas foram tabulados em frequência simples. As respostas obtidas nas questões abertas foram transcritas submetidas à análise de conteúdo, conforme Bardin (2011), e trianguladas entre si e com as demais abordagens.

Para manter o sigilo os coordenadores entrevistados foram codificados com a letra C, seguida de um número sequencial: C1, C2, C3 e C4. A mesma regra foi utilizada para a codificação das instituições: I1, I2, I3 e I4. O código para cada coordenador e instituição não são correspondentes, de forma que o entrevistado C1 não corresponde necessariamente à instituição I1.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com parecer nº 2.020.191 e pelo comitê de ética da Unifesp com parecer nº 2.423.767.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização macrorregional da RRAS 09

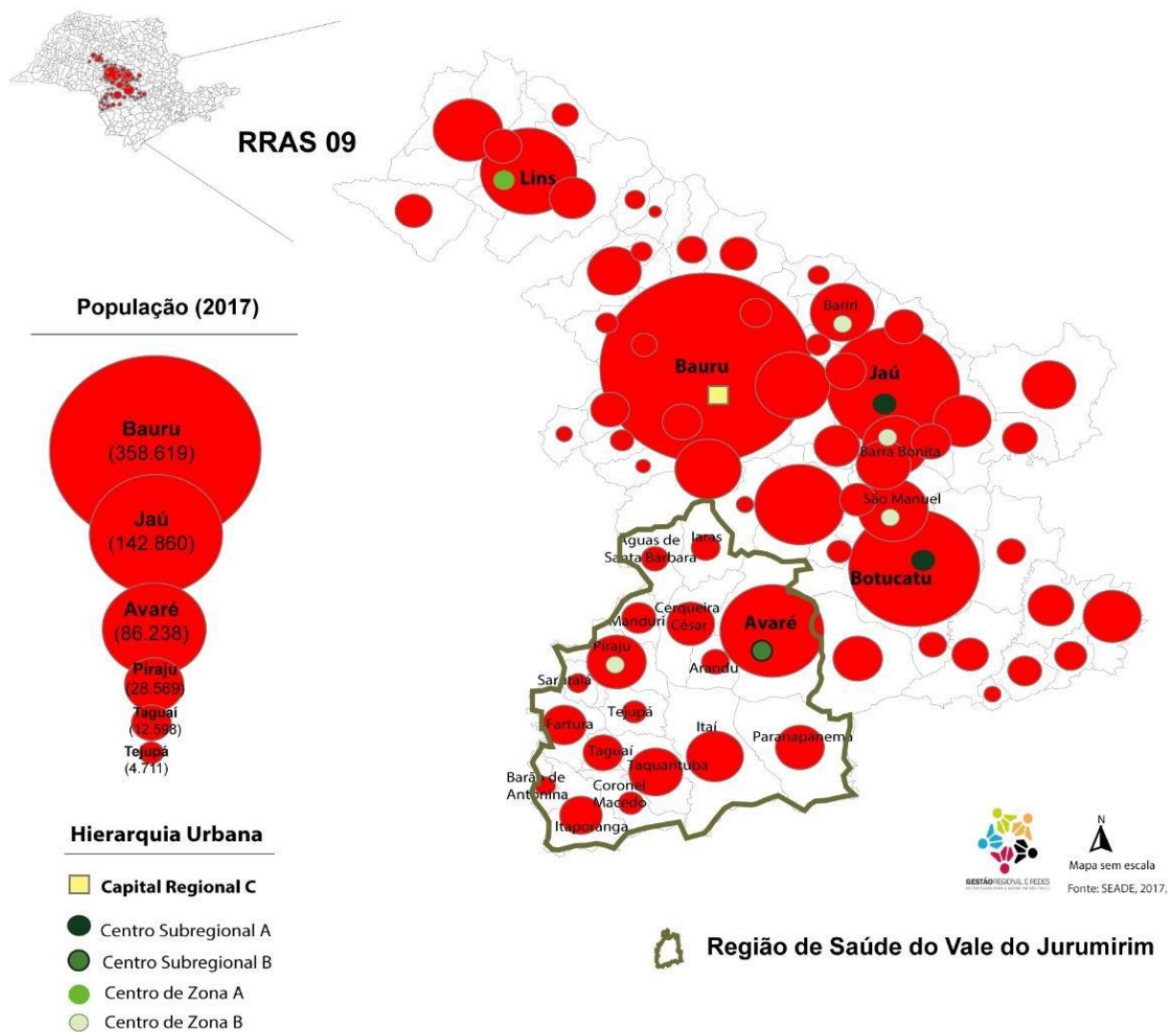
Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), a RRAS 09, com 68 municípios, engloba as regiões de saúde: Vale do Jurumirim, Polo Cuesta, Jaú, Bauru e Lins, reúne um contingente de 1.707.950 habitantes (2017) com maior concentração nos municípios pólos de Bauru, Jaú, Botucatu, Avaré e Lins (tabela 3). Os demais 63 municípios da RRAS possuem entre 65 mil e pouco mais de 1 mil habitantes (Mapa 1).

Tabela 3. População dos municípios pólos e das regiões de saúde que compõem a RRAS 09 (2017).

RAS	População do pólo	População da RAS
Bauru	358.619	618.499
Jaú	142.860	339.854
Pólo Cuesta	137.334	298.649
Vale do Jurumirim	86.238	288.902
Lins	74.120	162.046

Fonte: IBGE; DATASUS. Elaboração do autor.

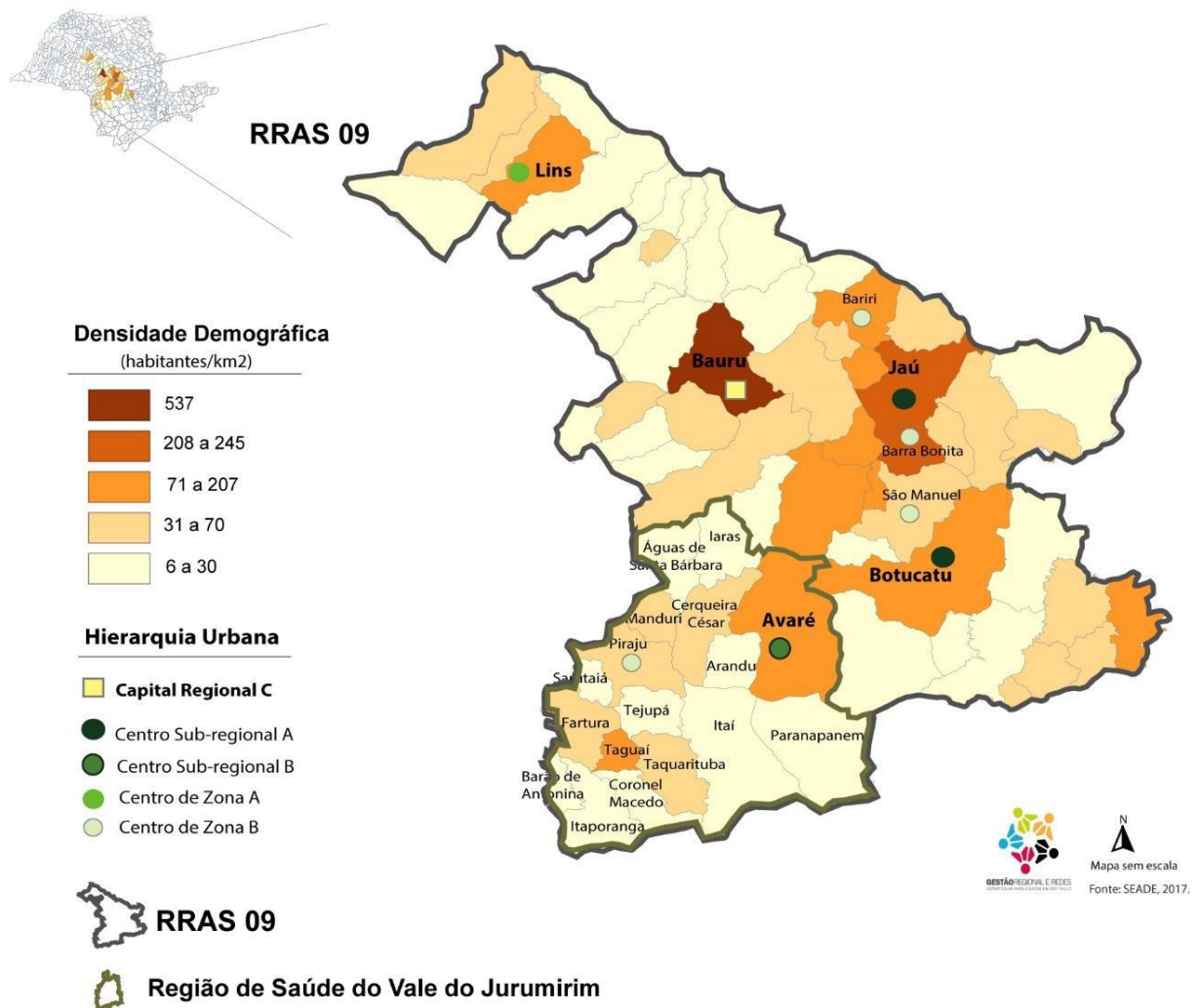
No que se refere ao porte populacional por região de saúde, os dados indicam que a região com maior contingente é representada por Bauru, seguida por Jaú, Pólo Cuesta, Vale do Jurumirim e Lins (tabela 3). Desse modo, a região de saúde do Vale do Jurumirim possui um dos menores portes populacionais da RRAS 09 (maior apenas que a região de saúde de Lins, que engloba 8 municípios; em contraste com os 17 do Vale do Jurumirim). No caso específico do Vale do Jurumirim, Avaré concentra 30% do total populacional dessa região de saúde, seguido pelo centro de zona B, Piraju, que centraliza outros 10% da população (Seade, 2017).



Fonte: Ibañez N (2017).

Mapa 1. População total na RRAS 9 (2017).

Já a densidade demográfica revela que a RRAS 09 possui índices maiores nos principais centros urbanos, mas, por outro lado, apresenta também baixos índices na maior parte dos municípios, que variam entre 06 e 70 habitantes por quilômetro quadrado. Apenas quatro municípios possuem densidades maiores que a média estadual (174,68), entre eles, Jaú com 207,92, Barra Bonita com 233,15, Igaraçu do Tietê com 244,47 e, finalmente, Bauru que detém a maior densidade demográfica da RRAS, com 537,11 em 2017. O Mapa 2 exibe esse indicador em todos os municípios da rede regional, sendo possível notar que os municípios do Vale do Jurumirim apresentam, em sua maioria, baixa densidade, com exceção de Avaré e Taguaí que possuem índices medianos, alcançando, respectivamente, 71,09 e 86,69 habitantes por quilômetro quadrado.

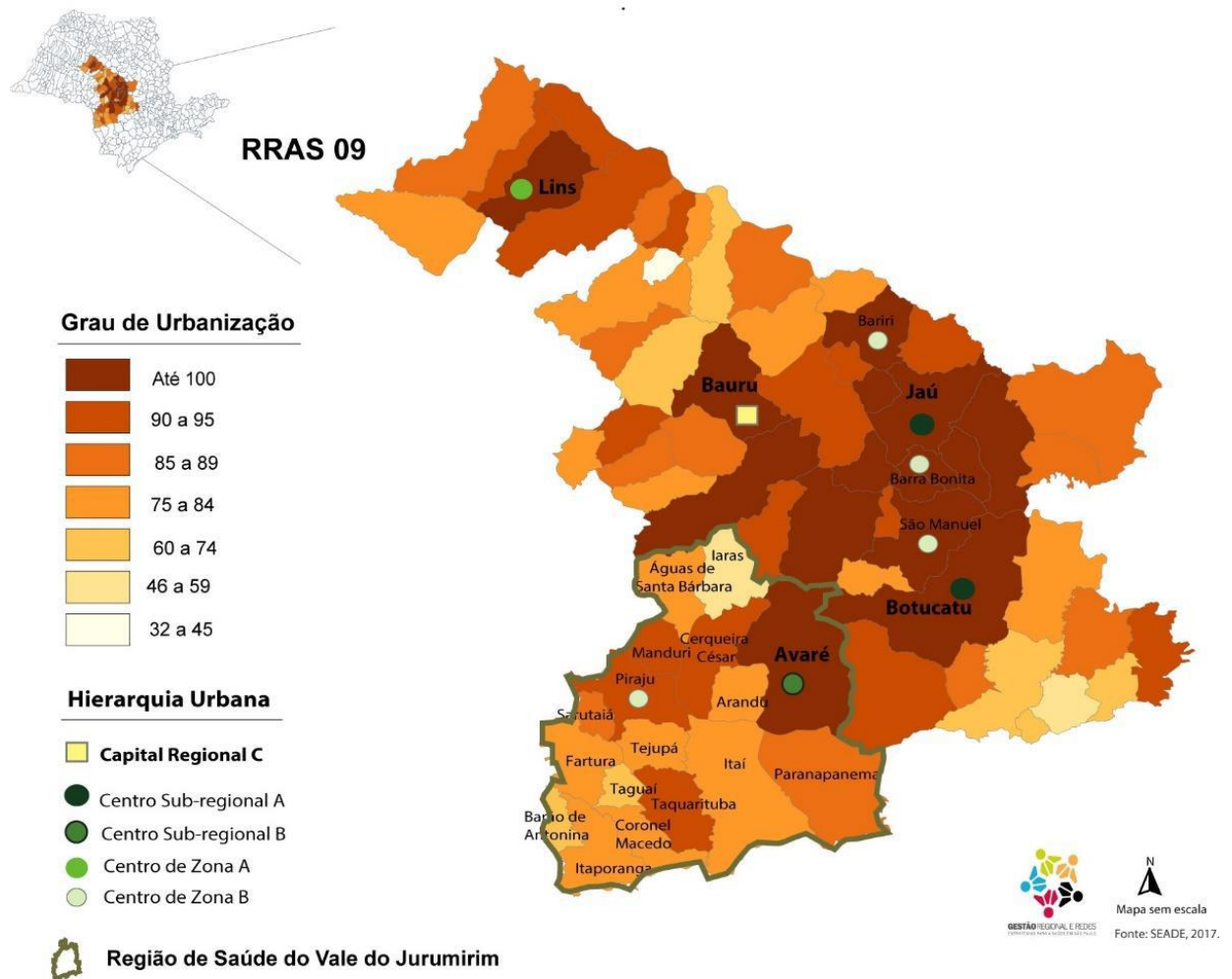


Fonte: Ibañez N (2017).

Mapa 2. Densidade demográfica na RRAS 9 (2017).

No caso da urbanização (Mapa 3), a população é preferencialmente urbana, com média de 84,3% em toda a RRAS 09. Nos cinco núcleos principais das regiões de saúde, apenas Avaré (96,32%) não possui grau de urbanização superior à média do estado (96,37%), enquanto que Botucatu (96,56%), Jaú (97,39%), Bauru (98,33%) e Lins (98,83%) se destacam com percentuais acima do estadual. Já no outro extremo, a rede regional possui somente três municípios que apresentam percentuais menores de 50%, entre eles, Balbinos (32,18%), Iaras (44,50%) e Porangaba (48,28%).

Finalmente, ao comparar a urbanização das regiões de saúde desta RRAS, o Vale do Jurumirim é a região que apresenta a menor proporção de população urbana entre as demais (80,1%).

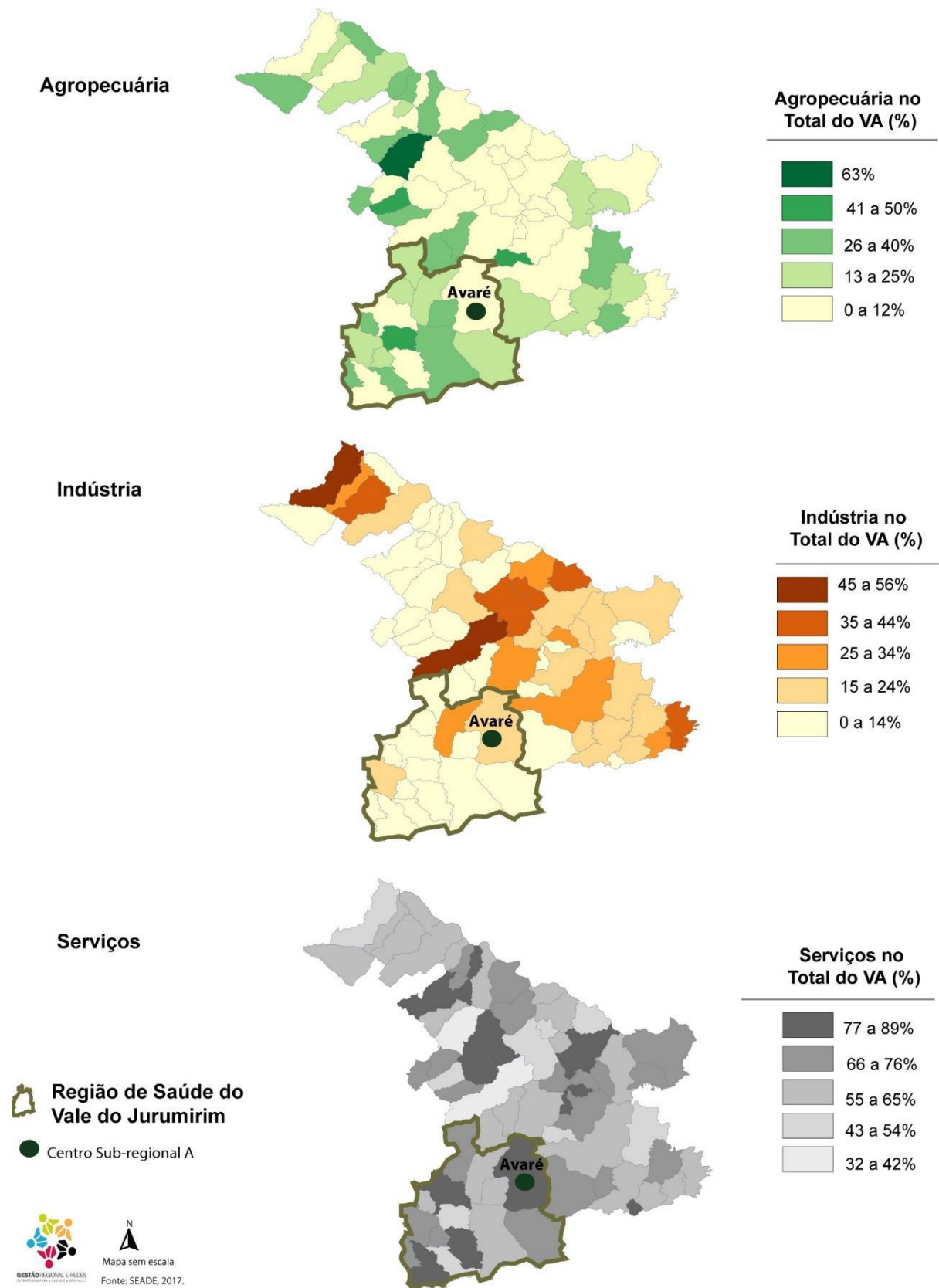


Fonte: Ibañez N (2017).

Mapa 3. Grau de urbanização na RRAS 9 (2017).

Os dados que ilustram a economia regional (Mapa 4) demonstram que a RRAS 09 é preferencialmente voltada para o setor terciário, sobretudo nas regiões de saúde de Bauru, com destaque para a capital regional Bauru e os municípios Piratininga e Pirajuí. No Vale do Jurumirim sobressaem Piraju, Itaporanga, Taquarituba e Avaré. No caso da indústria, a RRAS possui pouca presença desse setor, sendo a maior participação encontrada na região de saúde de Jaú (com destaque para este município), enquanto que o Vale do Jurumirim possui a mais baixa industrialização da RRAS 9 como um todo. A agropecuária tem alguma representatividade ao ser comparada com outras regiões do estado, porém em relação aos demais setores econômicos da própria RRAS é a atividade com menor presença (média geral de 18,4% do valor adicionado total). De todo modo, são os municípios da região de saúde foco deste estudo que apresentam os maiores

dinamismos da atividade primária, sobressaindo Tejuapá (50%), Coronel Macedo (38%), Sarutaiá (31%) e Iaras (30%). Os municípios de Avaré e Piraju se distinguem, principalmente, por um perfil voltado para os serviços.



Fonte: Ibañez N (2017).

Mapa 4. Participação dos setores da economia no total do valor adicionado na RRAS 9 (2017).

5.2 Caracterização da região de saúde do Vale do Jurumirim

O Vale do Jurumirim é composto por 17 municípios (Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaiporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejuapá) (Mapa 5), com população em torno de 299.764 habitantes. Avaré é o município mais populoso da região, com 89.479 habitantes e Barão de Antonina o menos populoso com 3.406 habitantes, de acordo com estimativas de 2017. Dos 17 municípios que compõem a região, 13 possuem população inferior a 20 mil habitantes.



Fonte: http://www.gestaoregionalsp.net.br/wp-content/uploads/2017/01/Caracterizacao_CIR_Vale-do-Jurumirim.pdf

Figura 3. RAS Vale do Jurumirim.

No que diz respeito à mobilidade populacional, no Vale do Jurumirim, ocorreu mais evasão do que atração, sobretudo nos municípios limítrofes à divisa regional e

estadual. O núcleo central da região – Avaré – apresenta saldo positivo, a taxa e saldo possuíam baixa representatividade (0,32% de taxa migratória e 26 habitantes de saldo).

Em 2015, cerca de 85% dos habitantes da região residiam em áreas urbanas, valor elevado, mas inferior ao do Estado de São Paulo (96%).

É uma região de baixo desenvolvimento econômico, cujo PIB per capita em 2013 foi de R\$ 18.454,00, valor este inferior a metade da média estadual naquele ano, que foi de R\$ 39.122,00. Todos os municípios da região apresentaram PIB inferior à média estadual. A participação do valor adicionado do setor de comércio e serviços ao PIB em 2013, foi de 52% na região, percentual inferior ao do Estado que gira em torno de 65% (Tabela 4).

Destaca-se a participação da agropecuária na composição do PIB da região (14,21%), percentual muito superior ao da Estado (1,87%). Na RAS do Vale do Jurumirim existem municípios em que a agropecuária é o setor de maior contribuição para a composição do PIB, como no caso de Coronel Macedo, onde 38,2% do PIB é proveniente desse setor.

Tabela 4. Proporção de Habitantes por faixa de renda em municípios do Vale do Jurumirim (2010).

Município	Proporção de pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 (2010)	Proporção de pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 140,00 (2010)	Proporção de pessoas com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 (2010)
Águas de Santa Bárbara	1,44	4,79	19,35
Arandu	0,40	6,53	25,02
Avaré	1,08	3,83	15,09
Barão de Antonina	2,53	11,05	33,33
Cerqueira Cesar	0,68	5,64	19,45
Coronel Macedo	4,13	13,91	39,49
Fartura	1,47	6,9	20,95
Iaras	14,48	23,43	38,80
Itaí	1,62	8,51	26,24
Itaporanga	3,42	14,74	40,22
Manduri	0,75	2,65	17,50
Paranapanema	2,53	7,38	25,56
Pirajú	0,23	3,71	17,88
Sarutaiá	0,30	6,00	27,66
Taguaí	0,68	3,64	15,28
Taquarituba	2,48	7,73	26,81
Tejupá	2,88	12,71	34,66
Vale do Jurumirim	1,66	6,44	21,86

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010.

Nessa região, 21,9% da população possuía renda per capita igual ou inferior a meio salário mínimo em 2010, valor significativamente superior ao do Estado (16%). Cerca de 1,66% viviam em situação de pobreza extrema, com renda per capita igual ou menor a R\$ 70,00.

Da mesma forma, todos os municípios apresentaram índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) inferior à média Estadual (0,783). Os piores indicadores foram encontrados nos municípios de Arandu, Coronel Macedo, Iaras, Sarutaiá e Tejupá, que são classificados como de médio desenvolvimento humano. Os IDH-M mais elevados foram encontrados nos municípios de Avaré (0,767), Piraju (0,758) e Águas de Santa Bárbara (0,757) (Tabela 5).

Tabela 5. População por Município (2017) da RAS Vale do Jurumirim e seu respectivo IDH-M, conforme Censo 2010 e, cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica (2015).

Município	População	IDH-M	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (2015)
Águas de Santa Bárbara	6.009	0,757	100,0
Arandu	6.389	0,685	100,0
Avaré	89.479	0,767	46,4
Barão de Antonina	3.406	0,711	61,6
Cerqueira Cesar	19.495	0,729	80,5
Coronel Macedo	4.840	0,690	100,0
Fartura	16.028	0,732	100,0
Iaras	8.484	0,674	100,0
Itaí	26.526	0,713	81,3
Itaporanga	15.165	0,719	96,7
Manduri	9.714	0,739	100,0
Paranapanema	19.730	0,717	88,4
Piraju	29.790	0,758	94,5
Sarutaiá	3.681	0,688	100,0
Taguaí	13.111	0,709	100,0
Taquarituba	23.240	0,701	82,9
Tejupá	4.677	0,668	100,0
Vale do Jurumirim	299.764	----	77,8

Fonte: IBGE; DATASUS. Elaboração do autor.

Com relação a saúde, trata-se de uma região com baixo percentual de habitantes beneficiários de planos de saúde (16,4%), proporção esta bastante inferior a Estadual (57,9%). A cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica foi estimada em 77,8% no ano de 2015, enquanto a média do Estado de São Paulo foi de 63,6%. Apresenta coeficiente inferior a 1 médico para cada 1.000 habitantes e, a taxa de cobertura das equipes da saúde da família é de 75,1%.

O Vale do Jurumirim é bastante dependente de serviços de outras localidades. Mais de 85% das internações de residentes, na alta complexidade hospitalar, ocorreram fora da região.

A Região apresentou taxa de mortalidade infantil superior à do Estado de São Paulo no ano de 2013: 12,5 e 11,6 óbitos por mil nascidos vivos respectivamente.

Por outro lado, a Região estudada apresenta coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis inferior ao estadual, com coeficiente de 316,1 óbitos/100.000 pessoas com menos de 70 anos na região e, 356,4 óbitos por 100.000 pessoas menores de 70 anos no Estado.

5.3 Caracterização dos municípios selecionados para estudo de campo

5.3.1 Avaré

É o município mais populoso da região com 89.479 habitantes em 2017, apresenta o maior IDH-M (0,767), maior proporção de habitantes beneficiários de plano de saúde (32,5%) e maior renda per capita da região (R\$ 753,00). Os três indicadores citados, embora sejam os maiores da região estão abaixo da média Estadual (0,783; 57,9% e R\$ 857,00, respectivamente).

Avaré apresenta o pior percentual de cobertura populacional por equipes de Atenção Básica (46,4%); o percentual da região para este indicador é 77,8% e o Estadual 63,6%.

5.3.2 Itaporanga

É o oitavo município mais populoso da região com 15.165 habitantes. Possui IDH-M de 0,719.

Chama atenção no município, algumas informações de renda e pobreza. Itaporanga possuía 40,2% da população com renda per capita igual ou inferior a meio salário mínimo em 2010, percentual bastante superior ao da região (21,8%) e da média Estadual (16%). Cerca de 14,8% da população possuía renda per capita inferior a um quarto de salário mínimo, enquanto 3,4% viviam em situação de extrema pobreza, ou seja, possuíam renda per capita inferior a R\$ 70,00.

Itaporanga apresenta cobertura populacional por equipe de atenção Básica de 96,1%, percentual superior ao da região e do Estado. Apenas 5,8% da população era beneficiária de algum plano de saúde.

5.3.3 Piraju

Na região do Vale do Jurumirim é o município com a segunda maior população, com 29.790 habitantes e o segundo maior IDH-M (0,758); 94,5% da população está coberta por equipes de Atenção Básica.

É o município com menor proporção de habitantes em estado de extrema pobreza (0,23%). O percentual da população com renda per capita inferior a meio salário mínimo é de 17,9%, valor inferior ao da região (21,8%) e pouco superior ao do Estado (16%).

5.4 Dados Primários

5.4.1 Perfil de coordenação de AF no Vale do Jurumirim

O perfil dos coordenadores da AF nas localidades estudadas em campo está descrito na tabela 6.

Tabela 6. Perfil dos respondentes de acordo com sexo, formação, tempo na função e tipo de vínculo. Vale do Jurumirim (2016).

Sexo	Idade	Formação	Tempo no cargo/função	Vínculo
Feminino	50 anos	Graduação	3 anos	Estatutário
Feminino	34 anos	Graduação	12 anos	Estatutário
Feminino	59 anos	Pós - Graduação	6 anos	Estatutário
Feminino	46 anos	Graduação	20 anos	Estatutário

Fonte: Elaboração do autor.

Revelando um baixo perfil de aperfeiçoamento formal específico na área, nenhum dos coordenadores entrevistados possui formação pós-graduada relacionada à AF ou gestão (um apresenta especialização em cosmetologia). Alguns estudos apontam essa característica como um dos limites do SUS (Ceccim, Feuerwerker, 2004a; Ceccim, Feuerwerker, 2004b; Saturnino et al., 2011; Sousa et al., 2013).

Confirmando, em outra dimensão do estudo foi evidenciada a dificuldade da região em atrair profissionais pós-graduados, especificamente médicos para os municípios do Vale do Jurumirim (Ibañez, 2017).

No entanto, as entrevistas revelam domínio das questões relativas aos temas abordados pelos entrevistados, indicando capacitação técnica adquirida para a função, certamente facilitada pela formação específica em farmácia.

Situação diferente foi encontrada em estudo de Magarino-Torres e colaboradores (2013), sobre o processo de seleção de medicamentos em 5 estados e 15 municípios brasileiros. O perfil dos coordenadores da AF nas localidades estudadas foi de maioria com pós-graduação em área diversa da AF e gestão. Aqueles que possuíam pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu* na área de atuação eram aqueles que atuavam na capital.

O fato de todos os coordenadores serem farmacêuticos corresponde ao pressuposto da coordenação da AF como uma tarefa eminentemente técnica (Barreto, Guimarães, 2010; Magarino-Torres et al., 2013). Sem poder contar com recursos humanos altamente especializados, a nomeação de farmacêuticos de carreira para a função de coordenador da AF surge como uma opção de formação em serviço de quadros a partir de profissionais disponíveis com experiência específica na área, confirmada pelo elevado tempo médio no exercício da função. A manutenção de coordenadores por longos períodos pode revelar ainda estabilidade política e valorização da experiência técnica acumulada no exercício das funções.

Não foram encontrados estudos sobre a formação específica para gestão da AF no SUS, ou que relacionassem perfil de coordenação com porte populacional do município.

Em enquete informal realizada pelo autor entre oito coordenadores municipais da assistência farmacêutica na região da baixada santista, foi questionado sobre o preparo profissional para o exercício da função. Houve unanimidade sobre a falta de qualificação específica no momento da nomeação para o cargo. Assim como observado entre os coordenadores do Vale do Jurumirim, os conhecimentos e compreensão sobre a gestão da AF no SUS foram adquiridos no decorrer da própria experiência no cargo.

5.4.2 Acúmulo de funções e déficit de recursos humanos

A questão do déficit de pessoal especializado foi um consenso emergiu espontaneamente no discurso dos coordenadores da AF. A sobrecarga de trabalho na região é evidenciada no acúmulo de funções, com maior impacto nos municípios menos populosos. Estes municípios contam apenas com uma farmácia do SUS e um farmacêutico, que são responsáveis por todas as atividades da farmácia, incluindo a dispensação de medicamentos, além de acumular a função de coordenador da assistência farmacêutica. Em outros termos, de um lado acumulam a responsabilidade pela gestão e execução das etapas de seleção, programação, aquisição e armazenamento dos medicamentos; e por outro o atendimento direto ao usuário. Isto também significa tarefas como a elaboração das normativas municipais neste campo e procedimentos necessários para atendimento às determinações judiciais relacionadas com medicamentos.

É sabido que a sobrecarga de trabalho de profissionais de saúde reflete diretamente na eficiência e qualidade dos serviços prestados (Lautert, 1999; Pires et al., 2016). Além disto, o excessivo número de tarefas e atribuições leva profissionais a realizarem escolhas pela execução de determinadas atividades em detrimento de outras (Lautert, 1999), o exemplo do relatado: “...Grupos com os pacientes? É bem raro. Não. O tempo é pouco. Bem que a gente queria, mas infelizmente...” (C1). Ou:

[...] a gente ainda não tem o farmacêutico inserido na sua totalidade, a gente não tem o seguimento farmacoterapêutico, a gente não tem a consulta clínica com o farmacêutico, até pela insuficiência de profissionais.
(C2)

Mesmo o município mais populoso sofre com o problema, embora consiga que o coordenador da AF se restrinja às atividades de gestão. O número de profissionais é insuficiente para a manutenção do pleno funcionamento da AF: “...farmacêutico entra de férias, de licença, a gente não consegue, às vezes tem que remanejar, as vezes tem que fechar unidade. Falta de profissional mesmo.”(C2)

A escassez de profissionais na assistência farmacêutica não é um problema exclusivo da região do Vale do Jurumirim-SP, e a falta de farmacêuticos em quantidade suficiente para execução das tarefas de AF no SUS tem sido descrita como uma constante em todo o país (Barreto, Guimarães, 2010; Oliveira et al., 2010b; Alencar, 2013).

5.4.3 Assistência Farmacêutica no Organograma da Secretaria de Saúde

Nos municípios estudados, bem como no DRS – VI, a Assistência Farmacêutica está formalizada no organograma da Secretaria de Saúde como coordenação, departamento ou equivalente, em acordo com as diretrizes para a estruturação de farmácias no SUS, publicadas pelo MS em 2009 (MS, 2009a). Esse é um primeiro indicador básico de que a coordenação de AF apresenta autonomia para planejar e decidir as ações de forma participativa – a AF só pode ser considerada unidade gestora no momento em que está formalizada no organograma. Caso contrário, não disponibilizará de orçamento, respaldo legal e recursos humanos próprios (Barreto, Guimarães, 2010; Magarino-Torres et al., 2013). Outro indicador básico é a própria existência do coordenador (a pesquisa revelou, por exemplo na Atenção Básica, que há municípios sem coordenação formalizada no organograma da secretaria, mas com responsável; mas também o inverso) (Ibañez, 2017).

A coordenação institucionalizada de AF propicia ainda a interação continuada com outras áreas e setores técnicos, administrativos e coordenações de programas de saúde dentro da SMS, realidade nesses municípios (Tabela 7). Apesar disto, foram relatadas baixa interação com órgãos externos à administração municipal, especialmente com o Ministério Público.

Tabela 7. Existência de interação da assistência farmacêutica com outros setores, percentual de respostas afirmativas obtidas. Vale do Jurumirim (2016).

Setor	Percentual de respostas afirmativas
Vigilância em saúde	100%
Coordenação dos Programas de Saúde	100%
Setores Administrativos	100%
Ministério Público	25%
Conselho Municipal de Saúde	75%
Conselho de Classe	75%

Fonte: Elaboração do autor.

A formalidade da assistência farmacêutica verificada na região não é uma realidade em muitos municípios do país (Naves, Silva, 2005; Bernardi et al., 2006; Barreto, Guimarães, 2010; Mendes, 2013). Estudo publicado em 2017 investigou a

assistência farmacêutica em 506 municípios brasileiros e identificou que em 24% deles a AF não está formalizada no organograma da secretaria municipal de saúde (Gerlek et al., 2017).

Em alguns municípios onde a Coordenação da AF não é formalizada, esta função costuma ser exercida por farmacêuticos que, por iniciativa própria assumem esse papel, ainda que de forma oficiosa (Barreto, Guimarães, 2010; Mendes, 2013). Em outros, a coordenação realmente não existe e a AF consiste basicamente nos procedimentos logísticos para aquisição e disponibilização do medicamento ao usuário (Mendes, 2013). Existem ainda, municípios onde o farmacêutico não faz parte do quadro funcional da prefeitura, de forma que, tanto a gestão quanto a execução da AF são realizadas por profissionais com formação diversa (Naves, Silva, 2005; Bernardi et al., 2006).

5.5 Sobre o ciclo da AF

5.5.1 Seleção de medicamentos

Esta etapa constitui o eixo orientador para as ações de planejamento e organização da assistência farmacêutica (Messeder, 2005; Karnikowski et al., 2017).

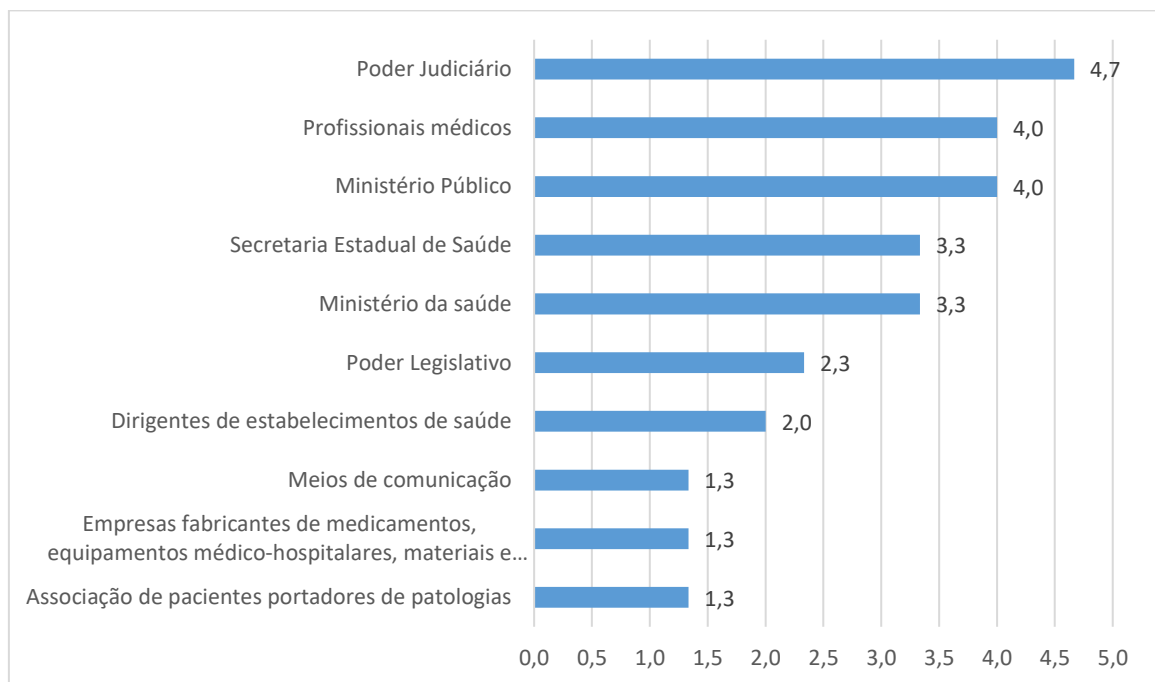
A CFT deve possuir caráter permanente e deliberativo e opera como instrumento legal para seleção de medicamentos, elaboração de normativas, protocolos clínicos etc. Entre os municípios estudados, apenas o município pólo possui uma CFT formalizada.

A dificuldade dos municípios menores em estabelecer uma CFT não é uma exclusividade da região do Vale do Jurumirim (Dal Pizzol et al., 2010; Weber et al., 2010; Veber et al., 2011; Assunção et al., 2013). Estudo com 506 municípios brasileiros encontrou a ausência de CFT formalizada em 87,5% deles (Gerlek et al., 2017).

A dificuldade com a disponibilidade de profissionais com formação apropriada em políticas públicas, epidemiologia, farmacologia e medicina baseada em evidências, constitui uma barreira importante para a formalização da CFT em diversos locais (Magarino-Torres et al., 2013; Assunção et al., 2013). As dificuldades

são ainda mais acentuadas nos municípios com população inferior a 100 mil habitantes (Dal Pizzol et al., 2010).

Outros fatores influenciam nesta questão. Poder judiciário, profissionais médicos e ministério público foram considerados atores de maior influência para a incorporação de novos medicamentos nos municípios do Vale do Jurumirim. A influência do SES/SP e do MS foram consideradas menores (Gráfico 1).



Fonte: Elaboração do autor

Gráfico 1. Influência dos atores para incorporação de novos medicamentos. Escala de likert de 1 a 5 pontos (muito baixa, baixa, média, alta, muito alta). Vale do Jurumirim (2016).

Essa pressão de setores externos sobre a seleção dos medicamentos essenciais expõe as dificuldades enfrentadas nessa etapa do ciclo. De maneira geral os coordenadores assumem a incorporação de medicamentos à lista municipal motivados pela judicialização: “Primeiro, quanto mais itens disponíveis, você teria menos ações judiciais. Se você aumenta a padronização, você reduz as ações judiciais, isso é um aspecto positivo.” (C2); “É... demanda judicial, muito... e pedido de médico” (C1). Essa prática de incorporação por solicitação médica aparece como certa cultura institucionalizada:

Acho que os médicos têm que trabalhar junto com a gente aqui. Eles têm que colocar o que vão querer trabalhar. Aqui é muita diversidade de médico eles não ficam bastante tempo [...] Às vezes um médico gosta de passar tal medicação. Aí vamos comprar tal medicação. Aí aquele médico vai embora

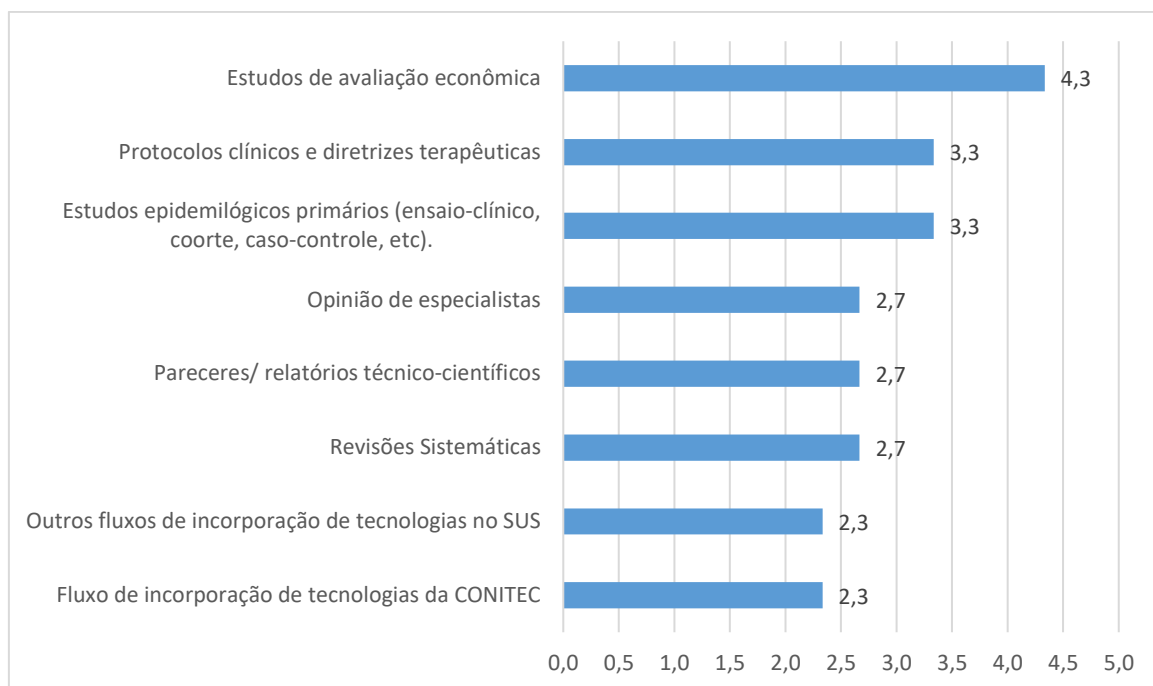
e vem outro que gosta de outra. Acho que tem que ter assim uma conversa com médicos, com os postinhos, com farmácia” (C1)

De fato, a solicitação dos prescritores é descrita como uma das principais formas de inclusão de um item na lista de medicamentos essenciais (Dal Pizzol et al., 2010; Assunção et al., 2013). O maior problema é que a incorporação acrítica de medicamentos e sem a devida evidência científica pode se tornar um grave problema para o uso racional do medicamento e gestão da AF (Magarino-Torres et al., 2013).

Ainda que os entrevistados tenham afirmado que a indústria farmacêutica tem uma influência muito baixa na incorporação de medicamentos, essa resposta deve ser relativizada. A própria solicitação médica pode refletir interesses da indústria (Vieira, 2008a). A literatura demonstra que, no Brasil, a quase totalidade dos médicos recebem visitas frequentes de propagandistas da indústria de medicamentos (Fagundes et al., 2007). O contato com as propagandas ocorre desde cedo na graduação (Palacios et al., 2008).

Estudo de abrangência nacional encontrou que 76,5% de médicos do SUS possuem alguma reivindicação para alteração da Lista de Medicamentos Essenciais. A maior parte (80%) associa suas reivindicações à experiência clínica. Entretanto, cerca de 15% assumem basear suas reivindicações influenciados por representantes e propagandistas (Karnikowski et al., 2017).

Segundo os coordenadores, na região do Vale do Jurumirim a ferramenta mais utilizada para analisar a viabilidade da incorporação de um novo medicamento são os estudos de avaliação econômica. Protocolos clínicos e diretrizes terapêutica (PCDT), estudos epidemiológicos, opiniões de especialistas, relatórios técnico-científicos e revisões sistemáticas são utilizados com menor frequência (Gráfico 2).



Fonte: Elaboração do autor

Gráfico 2. Frequência com que são utilizadas as ferramentas para incorporação de novos medicamentos. Escala de likert de 1 a 5 pontos (Nunca, raramente, as vezes, quase sempre e sempre). Vale do Jurumirim (2016).

A baixa cultura de consulta aos estudos e pareceres da Conitec encontrada nos municípios não deixa de indicar desconhecimento das atividades dessa comissão. Diante da reconhecida dificuldade com estudos de avaliação econômica, associada a ausência de CFT, aumenta a chance de que a decisão sobre a inclusão de um novo medicamento se torne um ato administrativo baseado na simples análise de disponibilidade de verba (Vieira et al., 2008).

A incorporação ou exclusão de medicamentos de forma simplista torna-se grande obstáculo para a construção de uma política de medicamentos essenciais (Magarino-Torres et al., 2013, Santana et al., 2014).

Os depoimentos dos coordenadores demonstram maior preocupação com o provimento de medicamentos do que com a qualidade, segurança e custo dos itens ofertados. A literatura demonstra que esta é uma concepção comum no país, seja em nível municipal ou estadual (Fraga, 2005; Magarino-Torres et al., 2013). Além disto, as entrevistas revelam pouca discussão e deliberação Nas instâncias regionais, estaduais ou nacionais (Tabela 8).

A etapa da seleção de medicamentos para o componente básico da assistência farmacêutica é uma atividade de responsabilidade municipal, no entanto,

os resultados mostram que há baixa articulação dos municípios com outras instâncias de suporte.

Tabela 8. Frequência com que as instâncias são utilizadas para deliberar sobre assuntos relacionados a incorporação de novos medicamentos. Escala de likert de 1 a 5 pontos (Nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre). Vale do Jurumirim (2016).

Instância	Média
Ministério da Saúde	2,3
Secretaria Estadual de Saúde	2,3
Comissão Intergestores Tripartite	1
Comissão Intergestores Bipartite	1
Comissão Intergestores Regional	2,3
Conselho Nacional de Secretários de Saúde	1
Conselho de Secretários Municipais de Saúde	1,6
Conselho Estadual de Saúde	1
Comissão Nacional para Incorporação de Tecnologias no SUS	1,3
Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde em Hospitais de ensino (NATs) e outros grupos similares de pesquisa em ATS	1

Fonte: Elaboração do autor.

De interesse particular deste estudo, embora os coordenadores da AF tenham ciência dos problemas enfrentados no que concerne a etapa de seleção de medicamentos, não é citada ou percebida qualquer articulação ou iniciativa no sentido de agrupamento regional de municípios para sua consecução.

Tabela 9. Concepção do respondente sobre a articulação da instituição com os atores. Escala de likert de 1 a 5 pontos (Inexistente, ruim, regular, boa, ótima). Vale do Jurumirim (2016).

Instância	Média
Ministério da Saúde	3,0
Secretaria Estadual de Saúde	4,3
Poder Judiciário	3,0
Ministério Público	2,7
Hospitais e demais estabelecimentos prestadores privados lucrativos	1,7
Hospitais privados sem fins lucrativos	3,7
Hospitais universitários e de ensino	3,3
Universidades e centros formadores	2,3
Operadoras de planos de saúde	1,0
Empresas fabricantes de medicamentos	1,0
Entidades representativas (CRM, CRF, COREN)	3,3
Associação de pacientes portadores de patologias	1,7

Fonte: Elaboração do autor.

A SES é o órgão citado como o de melhor articulação com os municípios (tabela 9), no entanto, apesar disso, nenhuma das partes cita ou considera a hipótese de desenvolvimento de ações na AF de forma regionalizada.

Após enfrentar dificuldades semelhantes às descritas para o Vale do Jurumirim, no ano de 2014, a 18ª Coordenadoria regional de Saúde do Rio Grande do Sul criou uma CFT regional. Esta elaborou uma lista regional de medicamentos essenciais que passou a ser utilizada pelos 23 municípios da região, padronizou procedimentos e condutas da AF e intensificou a orientação aos prescritores em relação ao uso racional de medicamentos (Nunes et al., 2016). Para tanto a CFT regional foi composta por três farmacêuticos, um enfermeiro, um cirurgião dentista e um médico.

Ao estabelecer uma CFT regional obtém-se um efeito sinérgico da união dos municípios, o que se aplicaria com propriedade ao Vale do Jurumirim. Uma situação na qual cada um de seus 17 municípios teria sua própria CFT composta por um farmacêutico, um médico, um enfermeiro e um dentista, resultaria em 68 profissionais engajados em 17 CFT diferentes, número muito superior às necessidades requeridas no RS e às possibilidades dos municípios.

A criação de uma CFT regional com corpo técnico capacitado para execução dessas atividades, contribuiria para a superação de um obstáculo descrito na literatura que é a política de negociação em detrimento do planejamento e de tendência clientelista (Mello et al., 2017). Também evitaria a divergência das listas de medicamentos essenciais entre municípios vizinhos. É difícil exigir que os prescritores conheçam as REMUME de cada município e prescrevam conforme o município de residência do usuário atendido (Assunção et al., 2013).

O relato a seguir demonstra uma dificuldade na gestão da AF, que prejudica o acesso da população aos medicamentos e cuja solução está no âmbito da CFT:

[...]uma campanha exaustiva junto aos médicos, para que, pelo amor de Deus, prescrevam o que faz parte da rede pública, seja estadual, seja municipal. Na parte de medicamentos especializados nós temos medicamentos que atendem todas as principais doenças. Na rede municipal idem. Então não tem porque ficar prescrevendo lançamento [...] E acaba caindo em detrimento do paciente. Ele chega aqui e me pede: você não pode trocar? Não posso! Eu não posso! O médico prescreveu Diovan®, eu não posso te dar captopril. (C3)

5.5.2 Programação

A etapa da Programação tem por objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos integrantes da lista de medicamentos essenciais nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades de uma população por um determinado período de tempo (Marin, Luiza, 2003).

Com exceção de um município, as demais localidades informam possuir procedimento sistemático para a etapa da programação (Tabela 10).

Tabela 10. Existência de procedimento formal para atividade de planejamento do consumo e distribuição de medicamentos, execução sistemática dos procedimentos e nota sobre o resultado final em escala de 1 (péssimo) a 5 (excelente). Vale do Jurumirim (2016).

	Percentual de respostas positivas	Nota média
Possui procedimento formal para a atividade	100%	---
Executa o procedimento de forma sistemática	75%	---
Resultado final	---	3,75

Fonte: Elaboração do autor.

A região enfrenta dificuldades para programação baseada na série histórica de consumo, uma vez que as farmácias não estão totalmente informatizadas. Nestes casos, os registros de movimentação dos medicamentos devem ser realizados de forma manual, aumentando a imprecisão. Outro fator citado foram os longos períodos de desabastecimento de alguns medicamentos, em prejuízo da série histórica na região. Situação semelhante foi descrita em estudo realizado no município de João Pessoa- PB (Bruns, 2013).

Tabela 11. Ferramentas utilizadas nas atividades de programação de medicamentos e nota sobre a utilidade de cada uma delas em escala de 1 (péssimo) a 5 (excelente). Vale do Jurumirim (2016).

	I1		I2		I3		I4		Média
	Utiliza	Nota	Utiliza	Nota	Utiliza	Nota	Utiliza	Nota	
Sistemas de Informação	Sim	5	Sim	4	Sim	4	Não	--	4,33
Banco de dados	Não	--	Não	--	Não	--	Não	--	--
Planilhas Excel ou Access	Sim	5	Sim	5	Sim	4	Sim	5	4,75
Documentos Word	Sim	5	Não	--	Sim	5	Sim	5	5
Controle Manual	Sim	5	Sim	4	Sim	4	Sim	5	4,5

Fonte: Elaboração do autor.

Em um dos municípios foi afirmada a impossibilidade atender toda a demanda da população, revelando que a programação da AF não se furta a problemas mais graves da gestão municipal.

As localidades estudadas confirmam a existência de ferramentas específicas (Tabela 11), e utilizam sistemas de informação contratados nesta etapa, referidos com alto grau de satisfação. Todas realizam o controle manual e utilizam planilhas 'Excel' ou 'Access', além do editor de texto 'Word' como subsídio para gestão dessa etapa. Essas ferramentas também foram avaliadas como altamente satisfatórias

Todavia, isto sinaliza que os sistemas de informação utilizados deixam lacunas que precisam ser preenchidas manualmente de forma complementar, o que aumenta a chance de erros. Além disso, foram citadas instabilidade do sistema e a falta de treinamento profissional como fatores que prejudicam essa etapa.

O controle de estoque realizado de forma manual por algumas farmácias e CAF da região aumenta a chance de comprometer o abastecimento e o acesso da população aos medicamentos (Silva Junior, Nunes, 2012; Coradi, 2012). Esta situação de disponibilidade de sistema informatizado na CAF e controle de estoque manual nas farmácias foi encontrada em outros municípios (Marcondes, 2002; Freitas, Nobre, 2011).

A realidade é que dificuldades das mais diversas naturezas na execução da etapa da programação de medicamentos é uma constante no país (Marcondes, 2002; Vieira et al., 2008; Freitas, Nobre, 2011; Costa, Nascimento Junior, 2012; Souza et al., 2012; Mendes, 2013; Bruns, 2013).

Mendes (2013) em estudo que avaliou a capacidade de gestão da assistência farmacêutica em 6 municípios catarinenses, encontrou que sistemas informatizados estavam disponíveis em apenas 50% da amostra, além disso, os municípios utilizavam o consumo histórico como parâmetro para a programação; no entanto, não consideravam a demanda não atendida. No estudo citado, um dos municípios não possuía sistema informatizado, não possuía controle de estoque e não possuía dados reais, a programação era realizada pela demanda que a farmacêutica conhecia.

Souza e colaboradores (2012) em estudo realizado em um município do sul do estado de Santa Catarina, encontraram que aquele município realizava controle de estoque com registros de entradas e saídas de medicamentos, porém, a programação para aquisição não considerava os dados de estoque.

Vieira (2008b) em estudo que analisou os relatórios de fiscalizações realizadas pela Controladoria Geral da União (CGU), encontrou que em 71,4% dos 660 municípios investigados o controle de estoque era ausente ou deficiente. O estudo considerou que o controle de estoque era ausente ou deficiente quando o município não fazia a programação da aquisição de medicamentos, não possuía sistema para controle de estoque (informatizado ou por meio de fichas de prateleira), ou quando possuía o sistema mas não o utilizava efetivamente.

Os sistemas de informação são fonte essencial no processo de gestão, controle e auditoria de todo o processo e buscam apoiar uma gestão eficiente dos recursos utilizados na prestação dos serviços de saúde. A manutenção da política de 'dar um jeito' pode gerar enorme ônus a todo o processo, além de promover perdas sem necessariamente melhorar a qualidade do atendimento à saúde. A ausência de um sistema informatizado eficiente para registro e controle da movimentação de medicamentos, tanto nos CAFs quanto nas unidades de dispensação, pode ensejar em desabastecimentos e prejudicar o acesso da população aos medicamentos essenciais (Guerra Jr et al., 2004, Pinheiro, 2005).

Os problemas inerentes aos sistemas utilizados na região devem ser discutidos entre o ente contratante e a empresa contratada para prestar os serviços, neste contexto, cabe a gestão municipal detectar as lacunas deixadas pelo sistema e solicitar que os contratados o adequem à real necessidade do município.

Outra alternativa é a utilização do Sistema HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Esse sistema foi desenvolvido e é disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde, com o intuito de qualificar a gestão da assistência farmacêutica. O Sistema permite a execução de ações de gestão dos medicamentos por meio da realização de movimentações como entrada, distribuição e dispensação. Permite ainda a geração de diferentes relatórios contendo informações gerenciais, que subsidiam o planejamento e desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica. Desta forma, o MS considera que o sistema proporciona as informações técnicas necessárias para a qualificação dos serviços e gestão do cuidado (MS, 2018b).

A utilização do sistema HÓRUS, apesar de recomendável, não é obrigatória. Cada ente federativo pode optar pela adoção dos sistemas que julgarem mais apropriados. No entanto, o que se observa na região é que os municípios optam pela utilização de sistemas de informação pagos e, ainda assim, os sistemas

apresentam problemas e lacunas que necessitam ser preenchidas com a utilização de outras ferramentas.

A utilização do Sistema de Informação padronizado, ainda que possa apresentar dificuldades de treinamento, de uso, de desempenho e funcionalidades, permite sintonizar os processos operacionais e as políticas de atendimento à saúde no âmbito federal e estadual e evita a existência de diferenciações municipais ou mesmo locais (unidades de saúde).

Cada uma das atividades realizadas na etapa de programação demanda cuidados de gestão, controle e auditoria para garantir a capacidade permanente de se atender acima do nível mínimo de qualidade estabelecido no plano de metas de cada localidade. Assim, os processos de melhoria contínua passam a ser locais e não somente regionais ou até mais abrangentes, em consonância com a realidade de disponibilidade de recursos humanos e materiais de cada segmento do processo.

Estudo realizado em 1247 municípios que fizeram adesão ao Hórus entre 2009 e 2011, encontrou que, após a implantação do sistema, diversas melhorias na gestão da AF puderam ser observadas, tais como: controle de estoque em tempo real; conhecimento do fluxo de medicamentos na rede de saúde; redução da descontinuidade do abastecimento; programação baseada em consumo real; diminuição de perdas de medicamentos e possibilidades de remanejamentos; identificação do perfil de consumo dos medicamentos no território e informações fidedignas em tempo real para a tomada de decisão (Costa, Nascimento Junior, 2012).

A ausência ou deficiência no controle de estoque e na etapa de programação tem como consequência a aquisição de medicamentos sem a utilização de parâmetros concretos para estabelecimento da oferta conforme a demanda. Desta forma, os medicamentos podem ser adquiridos de forma excessiva, o que ensejaria em perdas e desperdícios de recursos públicos, ou poderiam ser adquiridos em quantidade inferior ao necessário, o que prejudicaria o acesso da população aos medicamentos e, conseqüentemente, a efetividade do cuidado à saúde (Vieira, 2008b).

Diferentemente do cenário observado na etapa de Seleção de Medicamentos, a programação possui avaliação satisfatória por parte dos entrevistados, tanto para a execução quanto para as ferramentas utilizadas e resultados obtidos. No entanto, as entrevistas apontam algumas situações ainda críticas na região.

A solução dos problemas na etapa de programação está ao alcance dos entes municipais. É importante que os gestores públicos reconheçam que o aprimoramento da etapa de programação requer investimentos relativamente baixos e que proporcionaria melhorias substanciais na regularidade do suprimento de medicamentos (Marin, Luiza, 2002).

5.5.3 Aquisição

Todos os entrevistados afirmaram realizar licitação para aquisição de medicamentos, conforme norma estabelecida em Lei nº 8.666/1993, na modalidade pregão, seja na forma presencial ou eletrônica. Realizam aquisição através de dispensa de licitação nos casos em que o resultado da licitação é fracassado ou deserto, ou ainda quando há a necessidade de atendimento a determinações judiciais, devido ao prazo exíguo para cumprimento das liminares (Tabela 12).

Tabela 12. Frequência com que são utilizadas as ferramentas para a aquisição de medicamentos. Escala de likert de 1 a 5 pontos (Nunca, raramente, as vezes, quase sempre e sempre). Vale do Jurumirim (2016).

Modalidades	Média
Concorrência Pública	2
Tomada de Preços	4
Convite	1,5
Concurso	1
Leilão	1
Pregão	5
Dispensa de Licitação	4,5
Inexigibilidade de Licitação	2,25

Fonte: Elaboração do autor

Por se tratar de normativa legal, pode parecer uma certa obviedade a aquisição de medicamentos ser realizada através de licitações. No entanto, estudo publicado em 2008, analisou o relatório de auditorias realizadas pela Controladoria Geral da União em 597 municípios brasileiros e encontrou que em 19,4% deles ocorria inobservância das normas de aquisição. O estudo considerou como inobservância quando foi constatado que o município deixou de realizar os procedimentos obrigatórios para a realização de compras pelo setor público

(licitação) ou quando a licitação foi feita sem observância de todos os requisitos previstos em lei (Vieira, 2008b).

A escolha da aquisição dos medicamentos pela licitação atende aos princípios da legalidade e transparência da administração pública (Silva Junior, Nunes, 2012). Embora os procedimentos licitatórios possam tornar a aquisição mais trabalhosa e morosa, esta possui como objetivos principais a economia e a transparência das atividades administrativas (Vieira, 2008b).

A tomada de preços obteve média 4,0 nas respostas, o que qualifica essa modalidade como “quase sempre utilizada”. No entanto, os respondentes afirmam que a tomada de preços é realizada apenas para cálculo do termo de referência a ser utilizado na aquisição dos medicamentos pelo pregão e não como uma forma de aquisição.

Na região o farmacêutico elabora o descritivo dos medicamentos a serem adquiridos e participa do processo de licitação como equipe de apoio, onde possui a função de realizar a análise técnica dos itens ofertados para garantir que os medicamentos adquiridos atendam aos critérios solicitados em edital. Em apenas um município o respondente afirma que deixou de participar das sessões públicas do pregão. Naquele município os pregões para aquisição de medicamentos passaram a ser realizados na forma eletrônica e com todo o procedimento realizado pelo setor de compras, sem auxílio do setor técnico (Gráfico 3).

Situação semelhante foi descrita em estudo realizado em três municípios catarinenses com população inferior a 5 mil habitantes. Naqueles municípios os farmacêuticos elaboravam os descritivos, mas não participavam da sessão pública, ou por não serem convidados, ou por dificuldades para se afastarem das atividades das farmácias. O estudo encontrou que a não participação do farmacêutico nos pregões pode ocasionar problemas nas aquisições, como dúvidas nas empresas participantes sobre os produtos e erros de transcrição dos itens por parte da equipe de compras (Merísio et al., 2012).

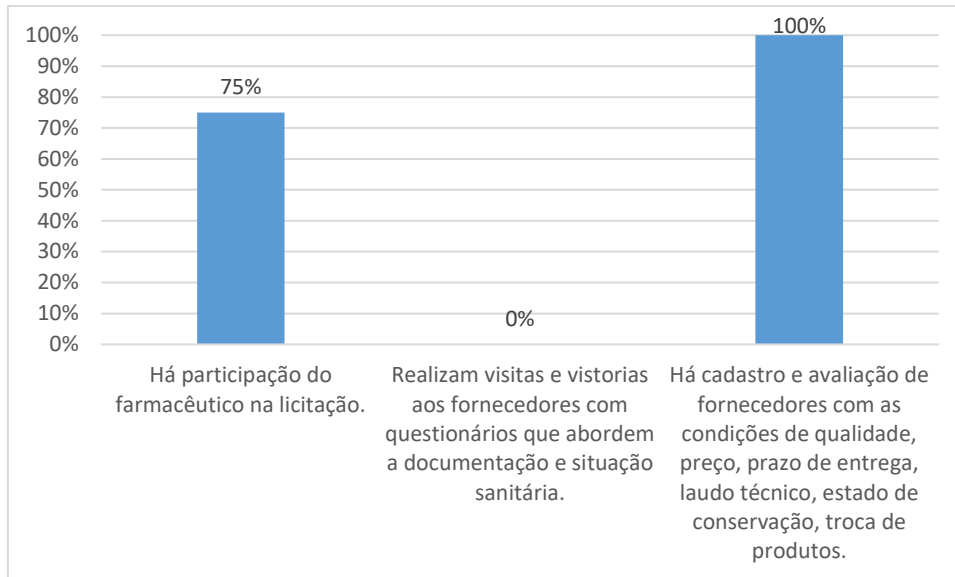


Gráfico 3. Percentual de localidades em que o farmacêutico participa da licitação, realizam vistorias aos fornecedores e realizam cadastro e avaliação dos fornecedores. Vale do Jurumirim (2016).

Na região é realizado cadastro dos fornecedores com registro de desempenho a partir de critérios de preço, cumprimento aos prazos de entrega, qualidade dos produtos, entre outros. Não realizam vistorias e visitas técnicas aos fornecedores, pois a maior parte dos fornecedores possui sede em outros estados, o que inviabiliza tais procedimentos. As condições de fabricação, estocagem e transporte dos produtos são garantidas a partir de documentos exigidos em edital licitatório, sem os quais a empresa é desclassificada do certame (Gráfico 3).

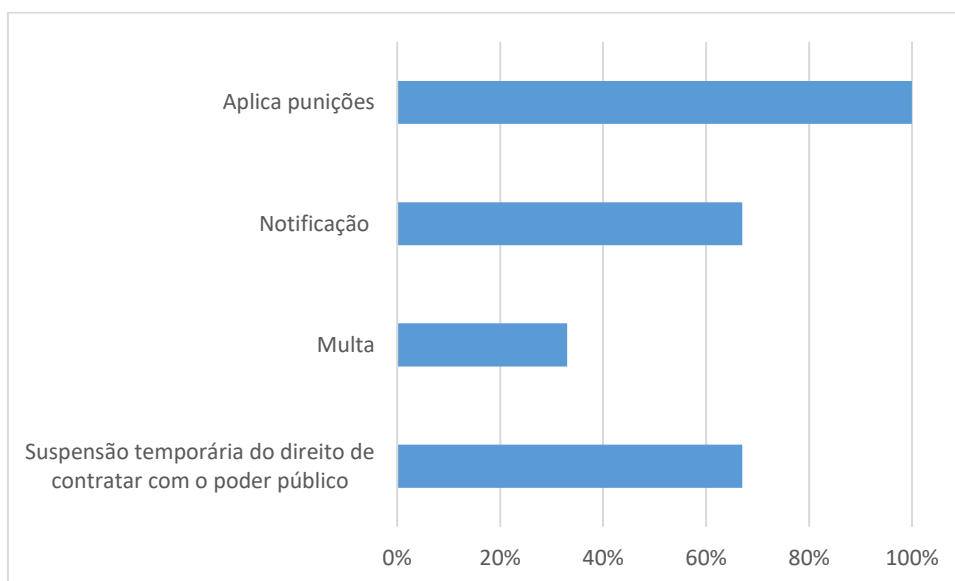


Gráfico 4. Percentual de municípios em que as penalidades são aplicadas aos fornecedores pelos atrasos nas entregas dos medicamentos. Vale do Jurumirim (2016).

Existem situações em que o fornecedor não entrega o produto a contento, na maioria das vezes fora dos prazos estipulados em edital. Nas localidades estudadas são aplicadas punições aos fornecedores, que podem ser: notificação extrajudicial, multa e suspensão temporária do direito da empresa em contratar com a administração pública (Gráfico 4). As punições são aplicadas por outro setor e os entrevistados não possuem conhecimento para detalhar os fluxos para execução das sanções. Apesar de existir punição para as empresas, os entrevistados relataram que as sanções aplicadas são incipientes e não impedem que novos atrasos ocorram, conforme depoimentos a seguir:

[...]as empresas, algumas tá, não vou generalizar não, elas vem, elas participam do pregão, mas na hora de atender o pedido, não é cumprido o prazo estipulado no pregão [...]Eles não tão nem aí se vão ser autuados ou não. Você pega uma compra de 5mil reais, a multa que eles vão pagar vai ser de 50, 60 reais. O que representa 50, 60 reais pra uma empresa? Nada! (C3).

Há punições, mas eles não... [...] Esse ano eu tô até surpresa, tem uma empresa do Rio Grande do Sul. Acredita que estão entregando direitinho? (C1).

A ‘surpresa’ do entrevistado com o fato de uma empresa entregar os medicamentos conforme estabelecido em edital ilustra a dificuldade enfrentada pelos municípios com seus fornecedores.

O descumprimento dos prazos de entrega dos medicamentos por parte dos fornecedores ocorre com frequência em diversos municípios brasileiros e é um fator determinante para o desabastecimento dos estoques de medicamentos (Cansi, 2004; Merísio et al., 2012; Assunção et al., 2013).

Outros obstáculos para a aquisição dos medicamentos nos municípios estudados ficam bastante evidentes ao analisar as entrevistas. A falta de interesse dos fornecedores em participar dos procedimentos licitatórios no Vale do Jurumirim é uma questão alarmante, especialmente ao analisar os seguintes depoimentos:

A gente tá com uma lista de 600 itens. Veio uma empresa e participou com 20. Desde fevereiro a gente tá tentando fazer esse pregão e não consegue, daí faz e não dá certo. Aí a gente fala: vamos tentar fazer o presencial né, pra ver se as empresas vêm participar. Não vêm ninguém. [...] já foi feito 3 pregões. Esses 3 pregões não conseguimos licitar os 600 itens. Daí fica batendo nessa tecla né, que daí vem processo judicial, a gente não tem como comprar, tem que fazer dispensa. A dispensa também você não pode fazer, tem uma quantidade [...] Tem muita medicação que a gente tá com

processo judicial porque a gente não conseguiu licitar [...] Daí fica batendo nessa tecla. Não sei como vamos fazer (C1).

Do ano passado pra cá a gente teve muitos pregões desertos (C2).

Foi detectada na região uma grave dificuldade no processo de aquisição de medicamentos. São citadas falta de verba, morosidade dos processos, fracassos e deserções nos pregões e descumprimento dos prazos por parte das empresas.

As dificuldades na aquisição de medicamentos enfrentadas pelos órgãos públicos foram tema da Nota Técnica nº 15 de 2014 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O CONASS colheu informações junto aos Estados e aos municípios através do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), onde constatou diversas dificuldades na aquisição de medicamentos, entre elas (CONASS, 2014):

- Licitações desertas, por falta de interesse das empresas farmacêuticas, tanto fabricantes como distribuidoras em participar dos processos licitatórios;
- Aumento desproporcional de preços em relação a compras anteriores;
- Descumprimento dos prazos de entrega pelos fornecedores;
- Descumprimento das exigências dos editais;
- Solicitações frequentes de cancelamento de empenhos.

A Nota Técnica traz ainda relatos das dificuldades enfrentadas pelos gestores das Secretarias Estaduais de Saúde. O representante do Amazonas relatou que muitos fornecedores se negam a entregar naquela região do país. O representante do Espírito Santo afirmou que no ano de 2013, 60% dos processos de compra de medicamentos foram fracassados, já para o Estado do Sergipe, a SES realizou inúmeras tentativas para registro de preços de medicamentos básicos durante três anos consecutivos, porém todos sem sucesso. Sem alternativas, os municípios daquele Estado têm adquirido medicamentos nas farmácias comerciais (CONASS, 2014).

As dificuldades para aquisição de medicamentos na região do Vale do Jurumirim, foram descritas de forma semelhante em estudos realizados em outras localidades do país. Algumas questões podem ser solucionadas no âmbito municipal como a alteração dos procedimentos internos para uma maior agilidade dos procedimentos de aquisição. Por outro lado, a solução dos principais problemas não passa pela capacidade de gestão do município. O desinteresse das empresas em fornecer medicamentos para os municípios de pequeno porte, que geram os

fracassos e deserções nas licitações e o não cumprimento dos prazos na entrega, são problemas que dificilmente serão superados por cada município de forma individual.

Os fornecedores de medicamentos alegam que, pelos valores estabelecidos nos processos de compra e o volume destinado para atender aos municípios de pequeno porte, não compensa sequer a emissão da Nota Fiscal (CONASS, 2014).

Outro problema evidenciado nas entrevistas e que interfere diretamente na etapa de aquisição, foi o subfinanciamento da AF. Este problema não foi abordado por questões específicas, no entanto, todos os entrevistados relataram enfrentar dificuldades financeiras para aquisição dos medicamentos: “Por que que eu não consigo né, ter esses medicamento para a população? A verba. Se eu tiver a verba eu posso comprar o que eu quiser, né, compro e atendo todo mundo” (C1); ou “A gente tá enfrentando situação financeira complicada” (C2).

Um dos entrevistados ao ser questionado sobre o que é necessário para solucionar os problemas da AF no município, respondeu da seguinte forma: “Mais dinheiro, mais dinheiro e mais dinheiro” (C3)

A região recebe o financiamento da AF conforme legislação vigente, os municípios aderem aos programas que lhes são pertinentes (Tabela 13); os três componentes da assistência farmacêutica são executados na região.

Tabela 13. Programas de assistência farmacêutica aderidos pelas localidades estudadas. Vale do Jurumirim (2016).

Programas	Percentual de localidades que aderem ao programa
Dose Certa	100%
Saúde da Mulher	100%
Dose Certa complementar (Saúde Mental)	100%
Farmácia Popular do Brasil	25%
Monitoramento de diabetes	75%

Fonte: Elaboração do autor

Apesar do CBAF possuir financiamento tripartite, com valores mínimos de repasses por cada ente, a normativa não prevê reajustes de acordo índices inflacionários do mercado de medicamentos e mantém como base de cálculo a população estimada para os municípios no ano de 2016. Desta forma, desde a publicação da portaria em 2013, ano após ano, os municípios acumulam perda do poder de compra de medicamentos.

Parece necessária a revisão da política nacional de financiamento do CBAF, pois a queda do poder de compra dos municípios, ocasiona um agravamento do subfinanciamento da AF, refletido na constante fala de ‘falta de dinheiro’ por parte dos entrevistados. A elaboração de normativa que vincule atualizações dos repasses a índices anuais de inflação no preço dos medicamentos pode ser uma alternativa para solucionar, ou ao menos amenizar esse tipo de constrangimento evidenciado de forma relevante na região.

Além dos fatores já descritos, Vieira & Zucchi (2011) analisaram a aplicação direta de recursos financeiros pelos entes federados para a aquisição de medicamentos no SUS. Encontraram que há uma relação inversa entre o gasto *per capita* com medicamentos e o tamanho da população do município. Municípios com população inferior a 5 mil habitantes apresentaram gasto *per capita* em média 3,9 vezes maior que os municípios com população superior a 500 mil habitantes. Os autores citam que a principal hipótese explicativa para esse achado está relacionada a questões, tais como poder e escala de aquisição, dessa forma, municípios menores por terem menor poder de negociação e escala de compra pagariam valores mais altos pelos mesmos produtos.

Guerra Jr e colaboradores (2004) sugerem novas regulamentações para o setor farmacêutico, entre elas, propõem a criação de subsídios para regiões periféricas e áreas com baixo interesse comercial.

Semelhante ao que ocorre no processo de seleção de medicamentos, a etapa de aquisição sofre prejuízos nos municípios de pequeno porte devido à pequena escala de compras. A regionalização da etapa de aquisição é uma alternativa para que seja alcançada a escala necessária para execução dessa atividade de forma otimizada com racionalização dos recursos.

Na literatura foram encontrados relatos de formas exitosas de organização intermunicipal para aquisição de medicamentos: Sistema estadual de registro de preços (Serp), consórcios intermunicipais para aquisição de medicamentos e a estratégia de regionalização da assistência farmacêutica (Eraf) realizada no estado de Minas Gerais (Ferraes, Cardoni Junior, 2007, Amaral, Blatt, 2011, Wolfarth, 2015, Fadini, Pereira, 2016, Sousa et al., 2016).

O Serp foi uma alternativa exitosa para o aprimoramento do processo de aquisição de medicamentos no estado do Espírito Santo, conforme estudo de Fadini e Pereira (2016).

Naquele estado o ente estadual passou a ser responsável pela realização das licitações para registro de preços de medicamentos. Os municípios que aderem ao Serp informam à SES a sua programação anual para o consumo de cada item. A SES realiza um único pregão com o somatório das programações de todos os municípios aderentes ao Serp.

Após a realização dos procedimentos licitatórios, a SES disponibiliza as atas de registro de preços para os municípios. Os municípios são responsáveis por todos os demais procedimentos para aquisição dos itens, ou seja, emitem as autorizações de fornecimento e a entrega dos medicamentos acontece diretamente ao município. A prefeitura realiza os pagamentos diretamente ao fornecedor, o que preserva a autonomia do município.

No ano de 2016, 58 municípios do estado do Espírito Santo aderiram ao Serp. Esses, somados, possuem mais de 3 milhões e duzentos mil habitantes, o que equivale a 84,5% da população daquele estado. O Serp teve início em 2008 e, no seu primeiro ano de implantação, apresentou uma redução nos preços dos medicamentos em cerca de 83% em relação aos que eram praticados aos municípios individualmente.

Os consórcios intermunicipais para aquisição de medicamentos constituem uma forma muito utilizada no Brasil. Nos consórcios, cabe aos municípios realizarem a programação e informarem a previsão de consumo na periodicidade pactuada. O consórcio realiza as entregas de acordo com cronograma pré-estabelecido e os municípios realizam os pagamentos ao consórcio.

Foram encontrados estudos que descreveram os resultados de três diferentes consórcios intermunicipais para aquisição de medicamentos: Consórcio Paraná Saúde, Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí (AMMVI) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari (Consisa VRT).

O Consórcio Paraná Saúde atende 394 municípios do estado do Paraná. Naquele estado, apenas os municípios de Curitiba, Foz do Iguaçu, Ponta Grossa, Chopinzinho e Araucária não aderiram ao consórcio.

Estudo realizado no ano de 2007, demonstrou que os medicamentos adquiridos pelo Consórcio Paraná Saúde, eram em média, 29,7% mais baratos que os preços médios registrados no Banco de Preços em Saúde (Ferraes, Cardoni Junior, 2007).

O Consórcio Intermunicipal do AMMVI atende a 12 municípios da região do Médio Vale do Itajaí. Estudo publicado em 2014, analisou o impacto de consórcio para a aquisição de medicamentos, no desabastecimento e no custo dos medicamentos do CBAF do município de Indaial, SC. O estudo encontrou que, num prazo de dois anos após adesão do município ao consórcio, houve uma redução de 48% no número de medicamentos que apresentaram falta. Os autores demonstram ainda que houve uma redução de 33% no custo médio dos medicamentos quando comparada a aquisição pelo consórcio com a aquisição municipal. Quando compararam a aquisição pelo consórcio com o preço médio do Banco de Preços em Saúde, encontraram uma vantagem para aquisição pelo consórcio com preços inferiores em torno de 18% (Amaral, Blatt, 2011).

O terceiro consórcio encontrado foi o Consisa VRT, que possui 37 municípios aderentes. O estudo comparou os preços dos medicamentos adquiridos pelo Consisa VRT com o preço médio dos mesmos medicamentos no Banco de Preços em Saúde e encontrou que, os itens adquiridos pelo consórcio são em média 20% mais baratos (Wolfarth, 2015).

No estado de Minas Gerais foi instituída a Eraf, que entre outros, constitui numa proposta de cooperação técnica entre o estado e os municípios na aquisição de medicamentos. A SES – MG estabeleceu 5 regiões independentes no estado, para que fosse possível ajustar a escala de aquisição por meio de lotes regionais licitatórios, com promoção da concorrência e atratividade para as regiões, o que beneficiou especialmente aquelas que não conseguiam sucesso nos procedimentos licitatórios pela sua condição de desenvolvimento econômico e distância dos centros produtores (Sousa et al., 2016).

Na Eraf os procedimentos licitatórios são realizados pela SES e disponibilizados aos municípios. A entrega dos medicamentos é realizada diretamente pelo fornecedor, o que constitui um ganho logístico. O estudo afirma que 261 municípios mineiros aderiram ao Eraf até 2016, representando cerca de 50% da população daquele estado. Após a implantação do Eraf foram observados ampliação do elenco de medicamentos e da quantidade disponível. Os autores ressaltam ainda, a importância do papel da SES como indutora das políticas de AF (Sousa et al., 2016).

A articulação intermunicipal para aquisição de medicamentos, tanto na forma do Serp, nos consórcios, bem como a Eraf, demonstrou superioridade sobre as

aquisições de medicamentos de forma municipal, tanto no que se refere aos preços praticados, quanto ao percentual de itens disponíveis para a população.

As formas citadas de articulação intermunicipal para aquisição de medicamentos demonstraram efetividade nos estudos encontrados e refletem o potencial da regionalização como forma de enfrentamento e superação dos obstáculos de gestão da AF, especialmente para os municípios de pequeno porte e figuram como alternativas viáveis para a consecução de uma etapa de aquisição efetiva no Vale do Jurumirim.

Ao analisar a hipótese de criação de regiões para aquisição de medicamentos, a utilização do desenho das RAS, apesar de ampliar a escala, pode não ser suficiente para o estabelecimento de lotes de compra ótimos. A criação de regiões específicas para essa finalidade, deve ser realizada com a utilização de critérios que objetivem promover atratividade aos fornecedores, com ganhos econômicos e logísticos para todas as partes envolvidas.

5.5.4 Armazenamento

A estrutura física das centrais de abastecimento farmacêutico da região é adequada para a maior parte dos critérios investigados (tabela 14).

De forma diversa ao que ocorre nas etapas de seleção e aquisição, a etapa de armazenamento é executada com mais facilidade nos municípios de menor porte, dado que a área física de uma CAF e o número de equipamentos que esta deve possuir devem ser proporcionais ao volume de medicamentos a ser armazenado (Marin, Luiza, 2003).

Dificuldades na etapa de armazenamento de medicamentos foram encontradas em outras localidades do país. Semelhante ao encontrado no Vale do Jurumirim, os principais problemas descritos na literatura tratam de falta de espaço físico, número insuficiente de equipamentos, ventilação inadequada e ausência de controle da temperatura (Volpato, Padial, 2014, Oliveira et al., 2010a).

Tabela 14. Aspectos relacionados a estrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico em cada localidade investigada e proporção de locais que atendem aos critérios. Vale do Jurumirim (2016).

Aspectos analisados	Percentual de respostas positivas
Atende a necessidade de fluxo	75%
Possui espaço condizente para recebimento, armazenamento e expedição de medicamentos	75%
Há guarda específica de medicamentos de controle especial	100%
Medicamentos termolábeis possuem armazenamento específico	100%
O ambiente possui boa ventilação	50%
Possui uma única porta predial de entrada e saída por medida de segurança	100%
Há equipamentos em número suficiente para a quantidade de medicamentos armazenados	50%
Há controle e registro de temperatura	100%
Há espaço físico reservado para quarentena dos medicamentos	100%

Fonte: Elaboração do autor.

Na região, todas as atividades envolvidas desde o processo de recebimento dos medicamentos, até a remessa para a unidade de dispensação são formalizadas em documento específico e executadas sistematicamente. Um dos entrevistados não soube responder a essa questão (Tabela 15).

Tabela 15. Percentual de localidades com existência de procedimento formal para as atividades de recebimento, armazenagem, gestão e controle de estoque; e execução sistemática dos procedimentos. Vale do Jurumirim (2016).

Localidade	Sim	Não	Não sabe
Possui procedimento formal para a atividade	75%	0%	25%
Executa o procedimento de forma sistemática	75%	0%	25%

Fonte: Elaboração do autor.

Os entrevistados relataram que existem procedimentos formais sob a forma de Procedimento Operacional Padrão (POP), que são executados pelos responsáveis de cada setor e supervisionados pela coordenação de assistência farmacêutica. Afirmaram ainda que, no ato do recebimento, os materiais são conferidos, cadastrados no sistema de informação e armazenados no almoxarifado.

Neste quesito os resultados encontrados no Vale do Jurumirim são mais satisfatórios do que alguns disponíveis na literatura. Alguns autores apontam para a informalidade dos procedimentos para recebimento e armazenamento de medicamentos nas CAFs (Oliveira et al., 2010a, Velozo, 2011).

Embora tenham sido poucos os problemas estruturais, estes não devem ser ignorados, uma vez que podem afetar diretamente a garantia das condições adequadas de conservação, o que pode prejudicar a estabilidade e as características dos produtos em estoque (Marin, Luiza, 2003).

A completa adequação da etapa de armazenamento na região, apesar de exigir recursos financeiros para ajustes do imóvel e aquisição de equipamentos, constitui um desafio mais simples, uma vez que não depende de atores externos, não exige articulações interfederativas ou elaboração de políticas específicas para essa finalidade.

5.5.5 Distribuição

A distribuição é a etapa da assistência farmacêutica responsável pelo suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno e não deve ser confundida com a dispensação de medicamentos (MS, 2006a).

Em dois dos municípios estudados essa etapa do ciclo não é realizada, uma vez que estes possuem apenas uma farmácia para dispensação dos medicamentos da rede pública, de forma que a CAF e a farmácia ficam localizados no mesmo imóvel.

A etapa de distribuição apresenta perfil completamente distinto na região quando analisados os municípios e o DRS-VI. No único município pesquisado em que a distribuição é realizada, todos os aspectos relacionados aos procedimentos e aos veículos utilizados são adequados, enquanto que para o DRS-VI todos são considerados inadequados (Tabela 16).

A etapa da distribuição dos medicamentos das CAFs para as farmácias tendem a ser mais simples, ou até mesmo, inexistir em municípios de menor porte, uma vez que, ao menos em tese, esses deveriam possuir um número menor de unidades dispensadoras de medicamentos. O panorama citado é observado na

região do vale do Jurumirim, onde dois entre três municípios não realizam distribuição de medicamentos.

Tabela 16. Percentual de respostas sobre aspectos relacionados a distribuição de medicamentos. Vale do Jurumirim (2016).

Aspectos analisados	Sim	Não	Não se aplica
Existem POPs formalizados para execução das tarefas.	25%	25%	50%
Os procedimentos formais ou informais são cumpridos.	25%	25%	50%
Os veículos utilizados são adequados.	25%	25%	50%
Os veículos recebem manutenção periódica.	25%	25%	50%

Fonte: Elaboração do autor.

Para a distribuição o DRS apresenta maior dificuldade que os municípios em decorrência da característica desta etapa para o ente estadual, que contempla um maior volume de medicamentos transportados e por maiores distâncias que os municípios. No entanto, tais características não justificam a ausência de procedimentos formais para as atividades, tampouco a falta de manutenção dos veículos utilizados.

Um sistema de distribuição ineficiente pode ocasionar lapsos no abastecimento dos estoques das unidades de dispensação, e o transporte inadequado dos medicamentos podem trazer risco à sua estabilidade e integridade (Marin, Luiza, 2003).

Assim como para os problemas citados na etapa de armazenamento, a solução para as incorreções na etapa de distribuição de medicamentos passa por atitudes a serem estabelecidas dentro da esfera de governo em que esta atividade ocorre, a partir de investimentos em infraestrutura e veículos, além da normatização de procedimentos a serem realizados na execução das tarefas concernentes a esta etapa.

5.5.6 Dispensação

Todas as farmácias, nas localidades estudadas em campo, possuem farmacêutico responsável. Dois municípios investigados possuem apenas uma farmácia para atendimento a toda população e o farmacêutico coordenador da assistência farmacêutica é também o responsável pelas atividades de dispensação, se não de forma direta, na supervisão de outros funcionários. O município de maior

população possui farmacêutico responsável nas seis farmácias de dispensação de medicamentos do componente básico.

A presença do farmacêutico em todas as farmácias é uma virtude da AF na região, diferente da condição encontrada na maior parte do país. Estudo integrante da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015, investigou municípios das 5 regiões do país e entrevistou 1.139 profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos. Entre os entrevistados, apenas 16,6% eram farmacêuticos e 50,3% possuíam formação até o Ensino Médio (Karnikowski et al., 2017).

A literatura é repleta de estudos que demonstram localidades onde as farmácias não possuem farmacêuticos e a dispensação de medicamentos é realizada por outros profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros (Canabarro, Hahn, 2009), ou, com maior frequência, por profissionais sem formação superior (Araujo, Freitas, 2006; Barreto, Guimarães, 2010; Oliveira et al., 2010b; Alencar, 2011; Souza et al., 2011).

A dispensação de medicamentos aos pacientes nem sempre conta com o apoio de sistema de informação para suportar um controle em tempo real da movimentação do estoque e o controle de consumo dos pacientes. Desta forma, muitas vezes, não existem registros de controle dos tratamentos, históricos de dispensação e rastreabilidade dos medicamentos dispensados. As razões expostas foram variadas: falta de computador e internet, baixa velocidade ou instabilidade da rede, sistema de informação pouco eficiente na interface de digitação dos dados, além do tempo longo para digitar todas as informações da dispensação.

A reclamação específica de que o processo de entrada de dados consome tempo e gera descontentamento por parte dos pacientes, denota a limitação da utilidade das informações geradas durante as atividades de atendimento.

Tabela 17. Existência de procedimento formal para as atividades de dispensação de medicamentos, execução sistemática e nota sobre o resultado final. Vale do Jurumirim (2016).

Localidade	Possui procedimento formal para a atividade	Executa o procedimento de forma sistemática	Nota sobre o resultado final
I1	Sim	Sim	3
I2	Não	Sim	5
I3	Não Respondeu	Não Respondeu	Não Respondeu
I4	Não	Sim	Não Respondeu

Fonte: Elaboração do autor.

Apenas um dos entrevistados afirmou que o município possui procedimento formal para dispensação de medicamentos e que esse é executado de forma sistemática para a atividade. Em um dos municípios o entrevistado não respondeu a esta questão e, no outro, não há procedimento formalizado, mas a atividade é executada de forma sistemática (Tabela 17).

Um dos entrevistados avaliou a etapa de dispensação no município como “regular”, uma vez que considera que o farmacêutico realiza atividades administrativas para o suprimento de medicamentos em detrimento das atividades clínicas, conforme depoimento transcrito abaixo:

Agora o que a gente observa é que o município ainda tá na fase do farmacêutico focado na parte logística, na parte de suprimento do medicamento, a gente ainda não tem o farmacêutico inserido na sua totalidade, a gente não tem o seguimento farmacoterapêutico, a gente não tem a consulta clínica com o farmacêutico, até pela insuficiência de profissionais (C2).

Outro entrevistado afirmou que, apesar de não ter formalizado o procedimento de dispensação, este é realizado com qualidade e ética, ainda que não agrade a população na sua totalidade, devido ao fluxo grande de pessoas e à demora do atendimento em si (preenchimento das informações para dispensação de medicamentos controlados, alimentação do sistema, entre outros).

A atuação do farmacêutico na atenção básica foi investigada através do questionamento da execução de 12 atividades, sendo 4 delas relacionadas a funções centradas no medicamento e 8 com características clínicas, os resultados estão demonstrados nas tabelas 18 e 19. Cabe ponderar que as respostas refletem a concepção do entrevistado e não foram confirmadas por outros meios.

Tabela 18. Atividades realizadas pelos farmacêuticos na Atenção Básica dos municípios concernentes a aspectos logísticos e administrativos. Vale do Jurumirim (2016).

Atividade	Percentual de respostas positivas
Promove educação permanente aos profissionais de saúde	100%
Produz documentos técnicos e disponibilizam informações que possibilitem o acompanhamento e ações dos profissionais da UBS	100%
Avalia e planeja a disponibilidade de medicamentos de acordo com o quadro epidemiológico, suficiência, qualidade apropriada, regularidade e uso correto do medicamento	100%
Garante o acesso dos usuários aos medicamentos	100%

Fonte: Elaboração do autor.

Tabela 19. Atividades realizadas pelos farmacêuticos na Atenção Básica dos municípios concernentes a aspectos clínicos e assistenciais. Vale do Jurumirim (2016).

Atividade	Percentual de respostas positivas
Identifica problemas de adesão ao tratamento	66,7%
Identifica ausência de tratamento necessário	33,3%
Identifica efetividade terapêutica	66,7%
Identifica e orienta intoxicações medicamentosas	100%
Identifica e orienta reações adversas	66,7%
Identifica e orienta profissionais e usuários sobre complicações pelo uso de medicamentos	100%
Promove o uso racional de medicamentos	100%
Participa de grupo de orientações sobre medicamentos	66,7%

Fonte: Elaboração do autor

Todas as atividades administrativas e logísticas (centradas no medicamento) listadas são executadas pelos farmacêuticos em todos os municípios estudados. Por outro lado, nem todos os municípios executam 5 das 8 atividades listadas que estão relacionadas à prática clínica e a promoção do uso racional do medicamento.

A AF voltada para aspectos logísticos e administrativos em detrimento das demais ações de saúde é situação recorrente e está bem descrita na literatura (Araujo, Freitas, 2006; Barreto, Guimarães, 2010; Costa et al., 2017).

Um outro fator que pode contribuir para o afastamento do farmacêutico das atividades junto aos pacientes, decorre do fato da dispensação de medicamentos ser a última etapa do usuário dentro de uma unidade de saúde. Desta forma, muitas vezes, cansados pela espera para os demais atendimentos realizados anteriormente na unidade, no momento de receber o medicamento, o usuário está mais preocupado com a redução do tempo do que com a orientação (Araujo et al., 2005).

Costa e colaboradores (2017), em estudo que investigou a concepção de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde a partir de entrevistas com 507 responsáveis pela assistência farmacêutica e 1139 trabalhadores que realizavam a dispensação de medicamentos, encontrou elevada frequência de concepções de AF voltada para ações centradas no medicamento. O estudo encontrou ainda uma frequência baixíssima de respostas que contemplassem a AF como integralidade do atendimento.

O entrevistado C2 identificou esta situação como um ponto a ser melhorado na assistência farmacêutica do município. Por outro lado, o depoimento do representante C1 demonstra um certo perfil de restrição das atividades

farmacêuticas aos atos administrativos, uma vez que, ao ser questionado sobre a existência de clínica farmacêutica no município, o mesmo respondeu da seguinte forma: “Nem queira inventar né, aí não vão mais querer passar no médico”

Este relato, além de demonstrar uma concepção de AF fortemente voltada para os aspectos logísticos e burocráticos, traz à tona uma certa confusão sobre o espaço de atuação do farmacêutico dentro da equipe de saúde. Com esta fala, o entrevistado demonstra claramente que não identifica o farmacêutico como um profissional com conhecimentos e qualidades técnicas complementares aos demais profissionais de saúde da equipe na efetivação do cuidado do usuário, mas considera a atuação junto aos pacientes como concorrente com as atividades dos demais profissionais.

Na região é possível observar um distanciamento da assistência farmacêutica das demais ações de saúde nos municípios investigados, o que evidencia uma cultura institucionalizada do farmacêutico como profissional responsável pela provisão de medicamentos. Não há a completa compreensão da AF como parte indissociável do SUS e do farmacêutico como profissional que possa agregar valor ao cuidado do usuário.

A atuação do farmacêutico junto ao paciente na promoção do uso racional de medicamentos traz uma série de benefícios nos resultados clínicos, econômicos e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos usuários (Provin et al., 2010). Diversos estudos nacionais e internacionais já demonstraram a importância da atuação do farmacêutico como parte integrante da equipe multidisciplinar de saúde (Chisholm-Burns et al., 2010; Ferracini et al., 2011; Reis et al., 2013; Alfayez et al., 2017). São escassas as publicações que analisam esse tipo de atuação do farmacêutico na atenção primária em saúde do SUS (Provin et al., 2010).

Chisholm-Burns e colaboradores (2010), em estudo de meta-análise, investigaram se as ações do farmacêutico junto aos usuários causavam impactos positivos na segurança terapêutica e outros indicadores. Analisaram 298 estudos e encontraram que o acompanhamento farmacêutico era associado a uma melhora estatisticamente significativa em resultados referentes a hemoglobina glicada, colesterol LDL, pressão arterial, bem como a questões como adesão ao tratamento, conhecimento do paciente sobre a terapia medicamentosa e qualidade de vida dos usuários. A meta-análise citada utilizou apenas estudos realizados em populações estadunidenses, o que limita uma possível inferência dos resultados para o Brasil;

no entanto, o estudo demonstra de forma robusta e consistente as potencialidades da inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde para promoção dos cuidados à saúde do usuário.

No Brasil, um projeto realizado pela faculdade de farmácia da Universidade Federal de Goiás, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, assistiu a 50 pacientes hipertensos, com realização de atenção farmacêutica, na estratégia de saúde da família e detectaram 154 problemas relacionados com medicamentos. A farmacoterapia não efetiva foi o problema mais frequente (49%), tendo sido causada por não adesão ao tratamento em 26,3% das vezes. Os autores concluíram que os problemas ocasionados pela falta de eficiência na farmacoterapia assumem dimensões importantes e que a atenção farmacêutica, na estratégia de saúde da família, demonstrou ser uma ferramenta com potencial para melhoria da assistência à saúde dos usuários (Provin et al., 2010).

Dois dos municípios investigados contam com apenas um farmacêutico em seu quadro funcional, o que justifica o fato desses profissionais dedicarem maior tempo às etapas da AF relacionadas ao suprimento de medicamentos, uma vez que acumulam as responsabilidades da gestão da AF, juntamente com a função de atender aos pacientes e dispensar os medicamentos.

A adequação da etapa de dispensação de medicamentos na região depende de uma mudança na percepção sobre as possibilidades de atuação do farmacêutico, não apenas por parte do gestor municipal, como também dos profissionais de saúde, inclusive os próprios farmacêuticos. Além disso, para que possa executar ações relacionadas à prática clínica, se faz necessária a ampliação do quadro funcional da assistência farmacêutica, uma vez que na atual conjuntura, é inviável que um único profissional acumule todas as responsabilidades inerentes à AF.

A contratação de farmacêuticos pode parecer a princípio uma despesa, no entanto, a atuação desse profissional no cuidado dos usuários melhora os resultados dos tratamentos e, conseqüentemente, há um ganho econômico em relação a esse tipo de gasto (Provin et al., 2010). Por outro lado, a ampliação do quadro funcional dos entes públicos pode ser um desafio maior do que o simples impacto orçamentário que as contratações causariam, uma vez que, é possível que estes estejam com as despesas com pessoal próximas aos 60% da receita corrente líquida municipal, que é o limite máximo estabelecido pela lei de responsabilidade fiscal aos municípios para gastos dessa natureza (Brasil, 2000). Desta forma, a

inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde, para atuação junto à elaboração dos cuidados de saúde dos usuários, ocorrerá somente quando o gestor público compreender que este seja um profissional essencial para a integralidade do atendimento e o priorize em relação a outros nas situações em que haja restrição de gastos com pessoal.

5.6 Judicialização da AF

No período compreendido entre 2014 e 2016, as insulinas e derivados, tratamento contra o câncer, dietas e suplementos alimentares, bem como as fraldas, foram classificadas com frequência de judicialização entre “quase sempre” ou “sempre” na região. As insulinas e derivados foram os itens que apresentaram maior média dentre aqueles perguntados (Tabela 20).

Tabela 20. Frequência com que os materiais são demandados judicialmente. Escala de likert de 1 a 5 pontos (Nunca, raramente, as vezes, quase sempre e sempre). Vale do Jurumirim (2016).

Tipo de Material	Média
Insulinas e seus derivados, incluindo dispositivos de aplicação	4,75
Tratamento contra o câncer (quimioterapia e radioterapia)	3,5
Dietas e Suplementos Alimentares	3,75
Fraldas	3,75

Fonte: Elaboração do autor

Em um dos municípios, no ano de 2015, foram gastos R\$ 250.132,73 para aquisição de medicamentos para atendimento a ações judiciais em benefício de 113 pacientes. Nas demais localidades estudadas, os entrevistados não souberam precisar os valores gastos para atender a essas determinações.

Os entrevistados demonstraram um incômodo com a ingerência do poder judiciário na gestão da AF. Relataram que há um número exagerado de demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos, conforme depoimento a seguir: “Estou tendo muita demanda judicial, é muito alta. [...] Não sei, é moda agora eu acho. Aqui pegou moda. E também, não sei, acho que os advogados gostaram né, e ficam correndo atrás” (C1).

O entrevistado levantou a hipótese de uma atuação deliberada de advogados para estimular a judicialização da AF. A literatura traz alguns estudos que

investigaram aspectos relacionados aos advogados na judicialização da AF (Lopes et al., 2010; Machado et al., 2011; Campos-Neto et al., 2012; Lopes et al., 2014).

Machado e colaboradores (2011) realizaram estudo descritivo sobre 827 processos judiciais para fornecimento de medicamentos de 2005 a 2006 no Estado de Minas Gerais. Encontraram que 70,3% dos receituários não eram oriundos do SUS e 60,3% dos processos possuíam representação de advogados particulares. Encontraram ainda que, um pequeno número de prescritores e advogados figuravam em grande número de ações.

Resultados semelhantes também foram encontrados em estudo realizado por Campos-Neto e colaboradores (2012), onde um único médico foi responsável por mais de 44% das 117 ações movidas por um escritório de advocacia para fornecimento de um medicamento específico, o que segundo os autores, pode sugerir uma relação de parceria entre médico, advogado e laboratório fabricante.

Lopes e colaboradores (2010), em estudo sobre a judicialização para fornecimento de medicamentos antineoplásicos, encontraram que em cerca de 17% das solicitações não existia evidência científica que justificasse a indicação do tratamento. Encontraram ainda que as ações judiciais envolviam um pequeno número de prescritores e advogados, o que segundo os autores justifica a realização de auditoria.

A participação de médicos e advogados como ‘amplificadores’ da judicialização da AF foi demonstrada de forma muito marcante em estudo que analisou o acesso e utilização de medicamentos biológicos para tratamento de psoríase através de mandados judiciais contra o estado de São Paulo entre 2004 e 2010 (Lopes, 2014). Os autores analisaram 190 processos e encontraram que 80% das prescrições partiram apenas de 3 médicos, encontraram ainda, que os prescritores orientavam os pacientes a procurarem o poder judiciário para obter os medicamentos. O estímulo à judicialização ficou ainda mais evidente a partir da informação de que 60% dos pacientes relataram jamais ter se reunido com seus advogados, uma vez que a procuração para representação judicial era assinada no próprio consultório médico (Lopes et al., 2014).

Um dos entrevistados relatou ter realizado tentativas de orientar os operadores do direito e esclarecer questões relacionadas aos fluxos para fornecimento de medicamentos no SUS. Na concepção dele, os operadores do

direito tem dificuldade em compreender esses fluxos e, além disso, deixam de seguir as recomendações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Um outro aspecto negativo, a gente tá trabalhando nisso há uns dois anos e meio, mas ainda tem muita dificuldade do poder judiciário, eles, vamos dizer, compreender a estrutura da assistência farmacêutica no SUS, que muitas vezes os juízes eles... A gente tem uma divisão né, a gente tem medicamentos do componente especializado, que de acordo com a pactuação devem ser fornecidos pelo estado e pelo Ministério da Saúde, então, mas muitas vezes eles ignoram: Não o SUS é único então o município é obrigado a fornecer. Então a gente tem muita dificuldade em fazer o judiciário local seguir o que a própria CNJ recomenda, então, aqui em Avaré, nós temos uns 5 juízes na primeira vara e desses, dois eles seguem, né, de acordo com a CNJ, eles falam... inclusive antes de emitir uma liminar eles perguntam pro paciente se ele esgotou todas as vias administrativas possíveis, foram tentadas todas as vias administrativas antes..., mas 3 ou 4 juízes simplesmente não, eles chegam, eles falam: Ah, o artigo tal da constituição garante o direito... e já dá a liminar obrigando o município a fornecer (C2).

Outro coordenador relatou que o judiciário defere todas as solicitações para fornecimento de medicamentos e afirmou a irrelevância da defesa realizada pela prefeitura contra essas ações.

[...] Entra esse mandado judicial, esse mandado judicial é encaminhado para o juiz, o juiz automaticamente não vai colocar a cabeça dele a prêmio. Defere. Então a gente tem uma quantidade de mandados judiciais no município que, pra atender os mandados judiciais, a verba que é usada pra atender os mandados judiciais, supriria a população inteira em termo de ônus. Então eu posso dizer: o juiz defere tudo que cai na mão dele. O advogado da prefeitura não faz defesa nenhuma. O que cai lá, cai (C3).

Nos dois relatos acima emergem certa frustração dos entrevistados com o deferimento, que eles julgam acrítico, de solicitações de medicamentos pelo poder judiciário. A judicialização sem critério, explicitada no trecho em que o entrevistado C3 afirma: "...o juiz defere tudo que cai na mão dele...", já foi descrita em outros estudos (Marques, Dallari, 2007; Sant'anna et al., 2011; Pinto, 2015).

Sant'Ana e colaboradores (2011) estudaram 27 ações julgadas em 2ª instância no RJ no ano de 2006 e encontraram que, não houve perícia médica em nenhuma ação, somente 7,4% delas possuíam exames complementares e nenhuma das prescrições estava adequada aos preceitos gerais e legais de boas práticas de prescrição. Apesar disso, todos os pedidos foram deferidos.

Estudo realizado em 6 municípios de pequeno porte do estado do Mato Grosso do Sul, analisou 771 processos para solicitação de medicamentos entre os

anos de 2008 e 2011. Os autores encontraram que em 82% deles o juiz concedeu a antecipação de tutela sem sequer solicitar a manifestação dos réus (Pinto, 2015).

No estado de São Paulo, foram analisados os processos judiciais para fornecimento de medicamentos no período de 1997 a 2004. Os autores utilizaram o discurso do sujeito coletivo para identificar os discursos dos atores que compõem os processos judiciais e, alguns dos discursos que ocorreram com maior frequência entre os juízes foram os seguintes (Marques, Dallari, 2007):

- A atuação do poder judiciário não está interferindo no princípio da separação dos poderes do Estado. Está apenas resguardando o direito constitucional;
- Demonstrado o autor ser portador de uma doença e necessita de um determinado medicamento, é curial seja o estado obrigado a providenciar sua implementação.
- O direito de todos os indivíduos à saúde deve ser garantido integralmente, a despeito de questões políticas, orçamentárias ou entraves burocráticos.
- A regra inscrita no artigo 196 da Constituição Federal é auto-aplicável, não depende de regulamentação para ser exercida.

Sobre o fato de um dos entrevistados citar que o poder judiciário da região nem sempre segue as recomendações do CNJ para análise das demandas judiciais, este se refere à Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010, onde o CNJ recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (CNJ, 2010).

Na recomendação nº 31/2010, o CNJ, entre outros, recomenda aos tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais, que celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados; que procurem instruir as ações com relatórios médicos, com descrição da doença, e prescrição dos medicamentos; que evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa e que ouçam os gestores antes da apreciação de medidas de urgência (CNJ, 2010).

Os achados descritos em outros estudos corroboram o relato do entrevistado sobre o tema (Marques, Dallari, 2007; Sant'anna et al., 2011; Pinto, 2015).

Concernente ao dispêndio financeiro dos municípios para o cumprimento das determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, o entrevistado C3

expressa que os valores gastos com as ações poderiam ser melhores aplicados em ações que beneficiariam um número maior de usuários: “O dinheiro gasto pra atender esses 150 mandados judiciais supriria a necessidade de todos os habitantes da cidade” (C3)

Esta informação não pôde ser confirmada, uma vez que o município não soube informar os valores utilizados no atendimento dessas 150 determinações judiciais.

Um dos municípios declarou ter utilizado R\$ 250.132,73 para atender a 113 mandados judiciais no ano de 2015, o que representa uma média de R\$ 2.213,56 para cada usuário beneficiado naquele ano. Ao relativizar pelo número de beneficiados, nota-se que o valor médio para atendimento a um usuário por determinação judicial foi 225 vezes o valor de repasses previstos para cada habitante pelo CBAF (R\$ 9,82 por habitante/ano). Cabe ponderar que, nem todos os habitantes necessitam utilizar os medicamentos disponibilizados no CBAF, de forma que, o valor por usuário que efetivamente faz uso deles é superior a R\$ 9,82 por ano.

Um entrevistado relatou que, em alguns casos, os itens demandados judicialmente são ofertados pelo SUS, porém, devido às questões burocráticas, o usuário considera descaso do poder público:

Existem itens que são ofertados pelo estado e quando o paciente procurou o serviço, ele foi orientado a fazer o processo (administrativo) [...] Na última apresentação que eu fiz para o pessoal do Fórum, ficou bem claro isso, que eles tem essa dificuldade de compreender que... né... as vezes o paciente vem até uma farmácia, mas a gente tem que direcionar para a farmácia do estado. Então eles acham que é descaso do poder público e na verdade a gente tá seguindo né [...] (C2).

Situação semelhante foi descrita por estudo que investigou o itinerário dos usuários de medicamentos por via judicial no estado do Amazonas. Um dos problemas apontados pelo estudo foi a falta de orientação clara sobre a forma de organização do acesso aos medicamentos, desta maneira, os usuários não compreendiam como deveriam proceder e mantinham o discurso de que tudo o que é público é difícil. Os usuários entrevistados consideraram desrespeitoso o desencontro de informações sobre os procedimentos para solicitação dos medicamentos (Carvalho, Leite, 2014).

A importância da judicialização da saúde ultrapassou os limites individuais dos tribunais e passou a ser discutido pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) e, até mesmo, pelo Supremo Tribunal Federal (STF). No dia 25 de Abril de 2018, foi julgado o Recurso Especial 1.657.156, onde na ocasião, a 1ª Seção do Superior Tribunal de Justiça fixou o entendimento de que o poder público deverá fornecer medicamentos não constantes nas listas do SUS, desde que sejam preenchidos cumulativamente os três critérios a seguir:

1 – Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;

2 – Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; e

3 – Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

Os resultados do entendimento fixado pelo STJ e o impacto dele na gestão da assistência farmacêutica só poderão ser identificados após alguns meses ou anos. No entanto, esse entendimento pode sinalizar o princípio de algumas mudanças nos processos, que deve deflagar uma redução no número de ações que obrigam os entes públicos a fornecer medicamentos.

No Supremo Tribunal Federal tramitam dois processos: O recurso especial 566.471 e o recurso especial 657.718 que discutem se o Estado tem o dever de fornecer medicamentos de alto custo e que não estão na lista do SUS. A decisão desses recursos especiais pode alterar os rumos da judicialização da AF no país.

Não foram encontrados estudos com experiências exitosas no sentido de reduzir os gastos com a judicialização da AF ou de reduzir o deferimento sem critérios de toda e qualquer solicitação de medicamentos. A solução para essa questão parece não estar ao alcance dos municípios e estados, mas depende de ações do poder legislativo federal e do poder judiciário, para o estabelecimento de regras específicas para esse tipo de ação.

5.7 Interferência dos conselhos de classe na gestão da AF

A atuação do Conselho Regional de Farmácia (CRF) na gestão da assistência farmacêutica da região foi uma questão que emergiu de forma espontânea em uma das entrevistas e, devido à interferência importante que foi realizada no município estudado, é necessário que fique registrado algum tipo de provocação à reflexão sobre o tema.

Um dos municípios possuía dispensação de medicamentos do componente básico em 12 farmácias, no entanto, no início de 2016, amparado pela Lei nº 13.021 de 08 de agosto de 2014, o Conselho Regional de Farmácia atuou de forma a exigir que, para exercer suas atividades, as farmácias teriam que contar com farmacêutico presente durante todo o horário de funcionamento.

A administração municipal, por sua vez, alegou dificuldades financeiras e impossibilidade de ampliação do quadro funcional devido a iminência de inobservância da lei de responsabilidade fiscal e, ao invés de contratar farmacêuticos para as farmácias, optou por encerrar as atividades delas. Na ocasião, 6 de 12 farmácias foram fechadas.

Em buscas por notícias sobre o ocorrido foi possível encontrar relatos de usuários que reclamaram sobre a dificuldade de acesso aos medicamentos imposta por essa decisão (Comarca, 2016).

O entrevistado relatou a situação da seguinte forma:

É, hoje, no município, a gente foi obrigado a reduzir o número de farmácias na atenção básica. Pela exigência da legislação federal né, que o Conselho Regional de Farmácia, eles exigiram farmacêutico presente na unidade de saúde durante todo o período de funcionamento. Então a gente não tinha profissionais suficientes e não havia a possibilidade do município ofertar concurso, a gente tá enfrentando situação financeira complicada, então a gente reduziu o número de unidades. É, lógico, a princípio, a gente teve aquele problema da população ter que se deslocar pra outra unidade, mas com o passar do tempo eles entenderam a situação e a gente acredita que a gente não tá tendo tanto problema (C2).

Afirmou ainda que em alguns casos, em períodos de férias ou licenças dos farmacêuticos, as farmácias permanecem fechadas: “Farmacêutico entra de férias, de licença, a gente não consegue né, as vezes tem que remanejar, as vezes tem que fechar unidade. Falta de profissional mesmo.” (C2)

Em outro município, ao ser questionado sobre a atuação e a importância do Conselho Regional de Farmácia, o entrevistado respondeu da seguinte forma: “Eles só passam pra multar.” (C3)

Nos limites deste estudo, não foi possível aprofundar esta questão, mas os achados apontam para dificuldades enfrentadas por dois municípios, para o cumprimento a Lei nº 13.021/2014 e pela atuação do Conselho Regional de Farmácia.

Cabe ressaltar que a Lei nº 13.021/2014 tem o intuito de garantir a segurança do usuário e a promoção do uso racional do medicamento ao exigir a presença do farmacêutico responsável em período integral. O CRF, por sua vez, atua dentro de sua competência no que tange a fiscalização e para cumprimento das normativas vigentes. Por outro lado, tal situação tem ocasionado um ‘efeito colateral’ que consiste no fechamento de farmácias ao invés da contratação do farmacêutico para regularização do funcionamento daquelas existentes, o que consequentemente, reduz o número de locais onde os medicamentos são disponibilizados e o acesso a estes pela população pode ser prejudicado.

Não foram encontrados estudos que abordassem o fechamento de farmácias do SUS por ausência de farmacêutico e seu impacto no sistema de saúde. Por outro lado, ao buscar notícias veiculadas na internet, foi possível encontrar que esta situação ocorre em diversos outros municípios brasileiros (Comarca, 2016; Moraes, Oliveira, 2016; Panorama Farmacêutico, 2017).

Diante da situação exposta, considero que o tema exige estudo específico para análise da questão de forma detalhada, para conhecimento mais profundo do problema e busca de um ponto de equilíbrio para essa relação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar de forma consistente virtudes e dificuldades enfrentadas pelos municípios da região do Vale do Jurumirim na gestão da assistência farmacêutica.

Os resultados obtidos evidenciaram uma série de desafios que precisam ser superados para que seja possível uma gestão adequada da AF nessa região. As dificuldades encontradas foram oriundas das mais diversas naturezas com nível de complexidade variado, de forma que a superação desses obstáculos depende de ações de diversos atores, nas três esferas de governo.

A análise da AF através das etapas do ciclo, permitiu identificar dificuldades específicas, mas também questões gerais como a interferência de atores externos, a exemplo do que ocorre com a excessiva judicialização da AF.

Ficou evidente que existem problemas decorrentes da fragilidade da gestão e a necessidade de aprimoramento de diversos aspectos no âmbito municipal. Porém, as principais dificuldades enfrentadas na gestão da AF não podem ser imputadas apenas ao preparo dos municípios, pois, em análise mais profunda, revelam-se principalmente em consequência do pequeno porte populacional. Especialmente àquelas relacionadas às etapas de seleção e aquisição de medicamentos; dificuldades estas associadas ao número restrito de profissionais de saúde disponíveis e eminentemente à escala de aquisição insuficiente para a maioria dos medicamentos.

A organização regional do sistema emerge como importante alternativa para viabilização da gestão da AF na região. Além do interesse dos municípios, é ressaltado o papel da SES em atuar como um agente facilitador desse processo (Juliano, Assis, 2004; Assunção et al., 2013), justamente uma das fragilidades mais relevadas nos estudos de regionalização (Mello et al., 2017). Neste caso a situação parece favorável, uma vez que a SES foi o ator assinalado com maior articulação, considerada entre boa e ótima, com a região. Entretanto, seria necessário trabalho específico sobre a AF, já que historicamente essa dimensão é pouco vista nas discussões de regionalização. Apesar disto, a literatura demonstra que, em outras regiões, alguns exemplos positivos de cooperação foram alcançados, principalmente sobre o modelo de consórcios regionais.

Como achado mais importante, os resultados permitiram confirmar a hipótese inicial do estudo de que a ausência de escala inviabiliza a gestão eficiente e efetiva do ciclo da AF nos pequenos municípios. Isto se revelou particularmente importante nas etapas de seleção e aquisição de medicamentos. Considerando o pequeno porte da esmagadora maioria dos municípios do país, o estudo conclui de modo fundamental que não há alternativas para as políticas de AF senão reorientar seus esforços para modelos cooperativos regionais.

7 REFERÊNCIAS

- Abrucio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury S, organizador. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 77-125
- Albuquerque MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2013.
- Alencar BR. Processo de trabalho no programa saúde da família: um enfoque na assistência farmacêutica [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2013.
- Alencar TO, Nascimento MS. Assistência farmacêutica no programa saúde da família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(9): 3939-49.
- Alfayez OM, Yami MS, Fazel MT. The impact of pharmacists providing direct patient care as members of a interprofessional teams on diabetes management. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2017; 25: 1019-21.
- Amaral SM, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4):799-801.
- Angonesi D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(suppl): 629-40.
- Araujo AL, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev Bras Ciências Farmacêuticas*. 2006; 42(1): 137-46.
- Araujo AL, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo em atenção primária a saúde. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2005; 26(2): 87-92.
- Assunção IA, Santos K, Blatt CR. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: semelhanças e diferenças. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2013; 34(3): 431-439.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Barreto JL, Guimarães MC. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(6): 1207-1220.
- Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização à saúde: fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial [internet]. [Rio de Janeiro]: Luis Roberto Barroso; c2007 [cited 2018 Feb 2014]. Available from: <http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>.

Bernardi CL, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª coordenadoria regional de saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(1): 73-83.

Bevilacqua G, Farias MR, Blatt CR. Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(3): 583-9.

Brasil. Lei nº 3.820 de 11 de Novembro de 1960, Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências. Brasília. 1960.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Artigo 196. Brasília: Senado Federal. 1988.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990a.

Brasil. Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993, Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília. 1993.

Brasil. Lei Complementar Nº 101, de 4 de Maio de 2000, Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília. 2000.

Brasil. Lei 10.520 de 17 de Julho de 2002, Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Brasília. 2002.

Brasil. Lei nº 12.401 de 28 de Abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília. 2011a.

Brasil. Decreto nº 7.646 de 21 de Dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília. 2011b.

Brasil. Lei nº 13.021 de 8 de Agosto de 2014, Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília. 2014.

Bruns SF. Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa – PB: contexto , desafios e perspectivas [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.

Caetano R, Silva RM, Pedro EM, Oliveira IA, Biz AN, Santanta P. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(8):2513-25.

Campos Neto OH, Acurcio FA, Machado MA, Ferré F, Barbosa FL, Checheglia ML et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(5): 784-90.

Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2009; 18(4): 345 – 55.

Cansi. KK. Avaliação de fornecedores de medicamentos para Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó (SC), através da licitação n.91/2003, no período de fevereiro a agosto de 2004 [monografia]. Chapecó (SC): Universidade Comunitária da Região de Chapecó; 2004.

Carvalho MN, Leite SN. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no Estado do Amazonas, Brasil. *Interface*. 2014; 18(51): 737-48.

Ceccim BR, Feuerwerker LC. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004a; 20(5): 1400-10.

Ceccim BR, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2004b; 14(1): 41-65.

Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(8): 1839-49.

Chisholm-Burns MA, Lee JK, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy et al. US Pharmacists as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Medical Care*. 2010; 45(10): 923-33.

Ciliska D, Cullum N, Marks S. Evaluation of systematic reviews of treatment or prevention interventions. *Evidence Based Nurs*. 2001; 4(4):100-4.

Claumann RC. O farmacêutico e a assistência farmacêutica no novo contexto da saúde [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

Comarca [internet]. Prefeitura de Avaré fecha farmácias em postos de saúde por falta de farmacêuticos; [updated 2016 Feb 15; cited 2018 Feb 18]. Available from: <http://jornalacomarca.com.br/prefeitura-de-avare-fecha-farmacias-em-postos-de-saude-por-falta-de-farmaceuticos/>

Confederação Nacional de Municípios (CNM). Mudanças no financiamento da saúde. Brasília. 2018. 40p.

Conselho Federal de Enfermagem. Parecer Normativo nº 2 de 28 de Agosto de 2015. Parecer técnico sobre dispensação de medicamento por profissional enfermeiro, elaborado pela câmara técnica do COREN - MS. Brasília, 2015.

Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de Conselheira Relatora nº 145, de 19 de março de 2018. Dispensação de medicamentos – atividade não privativa de farmacêutico – possibilidade de realização por enfermeiro. Brasília, 2018.

Conselho Nacional de Justiça (BR). Recomendação nº 31 de 30 de Março de 2010, Recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo à assistência à saúde. Brasília, 2010.

Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004, Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília. 2004.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. Brasília. 2009. 100 p.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Nota Técnica nº 15 de 28 de Outubro de 2014. Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos. 2014 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2014/01/NT-15-2014-atualizada-out.-DIFICULDADES-NA-AQUISIC%CC%A7A%CC%83O-DE-MEDICAMENTOS-NAS-SES.pdf>>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. 1ª ed. Brasília: CONASS; 2015. 127 p.

Coradi AE. A importância do farmacêutico no ciclo da assistência farmacêutica. Arq. Bras. Ciênc. da Saúde. 2012; 37(2): 62-64.

Cosendey MA. Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2000.

Costa SM, Nascimento Junior JM. HÓRUS: Inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2012; 46: 91-9.

Costa EA, Araújo PS, Penaforte TR, Barreto JL, Guerra Junior AA, Acúrcio FA, et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. Rev Saúde Pública [internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15]; 51 (Supl 2):5s. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300308&lng=pt.

Dal Pizzol TS, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Köenig A, et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. Cad. Saúde Pública. 2010; 4(26):827-836.

Ev LS, Guimarães AG, Castro VS. Avaliação das prescrições dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. Lat Am J Pharm. 2008; 27(4): 543-7.

Fadini LB, Pereira FR. Sistema estadual de registro de preços (Serp): compra eficiente de medicamentos para a atenção primária. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2016; 4(4): 32-9.

Fagundes MF, Soares MG, Diniz NM, Pires JR, Garrafa V. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(1): 221-9.

Ferracini FT, Almeida SM, Locatelli J, Petriccione S, Haga CS. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. *Einstein*. 2011; 9(4):456-60.

Ferraes AM, Cardoni Junior L. Consórcio de Medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. *RAP*. 2007; 41(3): 475-86.

Ferrari CK, Brito LF, Oliveira CC, Moraes EV, Toledo OR, David FL. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de saúde pública. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2013; 34(1):109-16.

Fraga FN. A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Freitas JM, Nobre AC. Avaliação da assistência farmacêutica no município de Mombaça – CE. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. 2011; 2(1): 15-20.

Gerlack LF, Karnikowski MG, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Alvares J, et al. Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Brasil. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15]; 51 (Supl 2):15s. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300304&lng=en.

Gomes MJ. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. 1.ed. São Paulo: Atheneu; 2001. 558p.

Gomes VS, Amador TA. Estudos publicados em periódicos indexados sobre decisões judiciais para acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(3): 451-62.

Guerra DM. Descentralização e Regionalização da Assistência a Saúde no Estado de São Paulo: Uma análise do índice de dependência [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.

Guerra Jr AA, Acurcio FA, Gomes CA, Miralles M, Girardi SN, Werneck GA, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Pan Am Salud Publica*. 2004; 15(3), 168-75.

Ibañez N (coord). Elaboração do Diagnóstico e Avaliação do Atual Estágio de Desenvolvimento das Redes Regionais da Atenção à Saúde nas Regiões Priorizadas pelo Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde. Relatório

Regional Consolidado - Produto PC.3. Subprodutos integrantes: P4.3 / P4.6 / P4.9 / P5.6 / P8.4 / P8.5 / P8.6 / P8.7 / P9.2 / P10.3 / P11 / P12 / P13. Etapa: Vale do Jurumirim. São Paulo: CEALAG; 2017.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2018. Sinopse do Censo Demográfico 2010; [cited 2018 Jun 18]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=35&dados=0>

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2018. Estimativa Populacional; [cited 2018 Jun 18]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>

Juliano IA, Assis MMA. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(2): 493-505.

Karnikowski MGO, Galato D, Meiners MM, Silva EV, Gerlack LF, Bós AJ, et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a Atenção Primária no Brasil: dados da PNAUM. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15]; 51 (Supl 2): 9s. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300305&lng=en.

Lacerda RC. Análise da Organização da Assistência Farmacêutica em Municípios a Luz da Política Nacional de Medicamentos [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.

Laranjeira FO, Petramale CA. A avaliação econômica em saúde na tomada de decisão: a experiência da CONITEC. *Bol. Inst. Saúde*. 2013; 14(2):165-70.

Lautert L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. *R gaúcha enferm*. 1999; 20(2): 50-64.

Leitão LC, Silva PC, Simões AE, Barbosa IC, Pinto ME, Simões MO. Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba. *Saúde Soc*. 2016; 25(3): 800-7.

Leite SN, Mafra AC. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):1665-72.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6:269-93.

Lima LD, Viana AL, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 2881-92.

Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, Osorio-de-Castro CG. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(4): 620-8.

Lopes LC, Silveira MSN, Camargo IA, Barberato-Filho S, Fiol FS, Osorio-de-Castro CG. Medicamentos biológicos para o tratamento de psoríase em sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(4): 651-61.

Luiza VL, De Castro CGS, Nunes JM. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(4):769-76.

Lyra Junior DP, Prado MC, Abriata JP, Pelá IR. Recetas médicas como causantes de riesgo de problemas relacionados com medicamentos. *Seguim Farmacoter*. 2004; 2(2):86-96.

Machado MA, Acurcio FA, Brandão CM, Faleiros DR, Guerra Junior AF, Cherchiglia ML et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(3): 590-8.

Magarino-Torres R, Pepe VL, Oliveira MA, et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da assistência farmacêutica em estados e municípios brasileiros, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;19(9): 3859-3868.

Magarino-Torres R, Esther A, Caetano R, Pepe VL, Osorio-de-Castro CG et al. Adesão às listas de medicamentos essenciais por médicos brasileiros em atuação no Sistema Únicos de Saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2014; 38(3): 323-30.

Management Sciences for Health (MSH). MDS-3. Managing access to medicines and health Technologies. Arlington, VA: Management Sciences for Health; 2012. 1088p.

Marcondes NS. Assistência farmacêutica básica e o uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa, Paraná: Estudo de caso [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CG Machado-dos-Santos S. (Org.). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Opas/OMS; 2003. 373 p.

Marques MC. Saúde e poder: a emergência da política da AIDS/HIV no Brasil. *Hist Ciência e Saúde*. 2002; 9 supl: 41-65.

Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(1):101-7.

Mello GA, Pereira AP, Uchimura LY, Iozzi FL, Demarzo MM, Viana AL. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(4): 1291-310.

Mello GA, Demarzo MMP, Viana AL. O conceito de regionalização do SUS e seu tempo histórico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (no prelo).

Mendes EV. As redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS/OMS; 2011. 549 p.

Mendes SJ. Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. Saúde Debate. 2014; 38: 109-23.

Merísio A, Kleba ME, Silva NC, Kovaleski DS. Aquisição de medicamentos para o Sistema Único de Saúde em municípios de pequeno porte do Estado de Santa Catarina. Rev. Bras. Farm. 2012. 93(2): 173-8.

Messeder AM. Avaliação de estrutura e processo de serviços de farmácia hospitalar segundo nível de complexidade do hospital [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e princípios. Brasília. 1990. 10p.

Ministério da Saúde (BR). Portaria no 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-96). Brasília, 1996.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos. Brasília. 2001a. 40p.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para a sua organização. Brasília. 2001b. 116 p.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Incentivo à Assistência Farmacêutica básica: o que é e como funciona. Brasília. 2001c. 40 p.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília. 2001d. 40p.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília. 2002. 72 p.

Ministério da Saúde (BR). Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília. 2006a. 90 p.

Ministério da Saúde (BR). Secretária da Ciência, tecnologia e insumos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Aquisição de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS – orientações básicas. Brasília. 2006b. 56 p.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006c.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília. 2007a. 286 p.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 204 de 29 de Janeiro de 2007, Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília. 2007b.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 44p.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2981 de 26 de Novembro de 2009, Aprova o componente especializado da assistência farmacêutica. Brasília. 2009b.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Rev Saúde Pública. 2010a; 34(2): 204-9.

Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010b.

Ministério da Saúde (BR). Decreto n.7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1555 de 30 de Julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2013a.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1554 de 30 de Julho de 2013, Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013b.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.996 de 11 de Setembro de 2013. Altera a Portaria nº 1.554/GM/MS, de 30 de Julho de 2013. Brasília. 2013c.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 874, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional de para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013d.

Ministério da Saúde (BR) [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); c2014a [cited 2017 Jun 04]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1132-sctie-raiz/daf-raiz/cgafme/l1-cgafme/11722-apresentacao>

Ministério da Saúde (BR). Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Brasília. 2014b. 166 p.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília. 2015. 226 p.

Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017a.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2017b.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília. 2018. 125p.

Ministério da Saúde (BR) [internet]. Brasília: MS; c2018b. Hórus; [cited 2018 Mar 28]; Available from: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus>

Morais L, Oliveira R. G1 [internet]. Falta de profissional fecha farmácia de posto de saúde em Juiz de Fora; [updated 2016 Feb 4; cited 2018 Feb 18]. Available from: <http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2016/02/falta-de-profissional-fecha-farmacia-de-posto-de-saude-em-juiz-de-fora.html>

Moreira LM, Ferré F, Andrade EI. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(4): 1245-56.

Naves JO, Silva LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(2): 223-30.

Nunes AK, Horn LM, Abdalla EL, Flores PB, Maritan C, Annes DB et al. Comissão de farmácia e terapêutica regional – união dos farmacêuticos do litoral do Rio Grande do Sul. *Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS*. 2016; 4(4): 99-108.

Oliveira LC, Assis MM, Barboni AR. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica em um município da Bahia, Brasil. *Rev B S Pública*. 2010a; 34(4): 853-64.

Oliveira LC, Assis MM, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010b; 15(3):3561-7.

Oliveira MJ. Assistência Farmacêutica: a concepção dos gestores e profissionais de saúde em São Luís (MA) [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio grande do Sul; 2004.

Palácios M, Rego S, Lino MH. Promoção e propaganda de medicamentos em ambientes de ensino: elementos para o debate. Interface (Botucatu). 2008;12(27):893-905.

Paniz VM, Fassa AC, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes em idosos: uma realidade a ser construída. Cad Saúde Pública. 2010; 26(6): 1163-74.

Panorama Farmacêutico [internet]. Conselho indica falta de farmacêuticos em 56% das farmácias de Campinas; [updated 2017 Out 30; cited 2018 Feb 18]. Available from: <https://panoramafarmaceutico.com.br/2017/10/30/conselho-indica-falta-de-farmaceuticos-em-56-das-farmacias-de-campinas/>

Pasqueti CV, Junges F. O Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico. Universidade de Brasília – UnB, 2013.

Paula PA, Alves TN, Vieira RC, Souza AI. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2009; 19(4): 1111-25.

Pepe VL. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename): a seleção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. 7 p.

Pepe VL, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CG, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(5): 2405-14.

Pereira JR, Santos RI, Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. Rev Ciência e saúde coletiva. 2006; 15: 3551-60.

Pinheiro AC. Gerenciamento de estoque farmacêutico. Revista Eletrônica de Contabilidade. 2005; 1: 80-94.

Pinto CD, Osorio-de-Castro CG. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas Judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. Saúde Debate. 2015; 39: 171-83.

Paim JS, Almeida-Filho N (Org.). Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, v. 1, 720 p.

Paschoalotto MA, Passador JL, Oliveira LR, Lopes JE, Dantas MK, Passador CS. A regionalização do SUS: Proposta de avaliação do desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. Saúde Soc. 2018; 27(1): 80-93.

Pires DE, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2016 [cited 2018 Mar 16];24:e2677. [Access19/03/2018]; Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf.

Provin MP, Campos AP, Nelson SE, Amaral RG. Atenção farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na estratégia de saúde da família. *Saúde Soc.* 2010; 19(3): 717-23.

Reis WC, Scopel CT, Correr CJ, Andrzejewski VM. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. *Einstein.* 2013, 11(2):190-6.

Sant'Ana JM, Pepe VL, Figueiredo TA, Osorio-de-Castro CG, Ventura M. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(4): 714-21.

Santana RS, Jesus EM, Santos DG, Lyra Junior DP, Leite SN, Silva WB. Indicadores de seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2014; 35(3): 228-34.

Santos L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. *Radis Comunicação em Saúde* [internet]. 2006; (49) [cited 2018 Mai 02]; Available from: <http://idisa.org.br/img/File/integralidade1.pdf>

Saturnino LT, Luz RP, Perini E, Modena CM. O internato rural na formação do profissional farmacêutico para atuação no sistema único de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(4): 2303-10.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [internet]. São Paulo: SEADE; c2017 [cited 2017 Mar 14]]. Available from: <http://www.seade.gov.br/>.

Secretaria de Estado da Saúde (SP). Diretrizes e estratégias estaduais para a implantação da Norma Operacional da Assistência: NOAS/2001. São Paulo: SES-SP, 2001.

Secretaria de Estado da Saúde (SP). Resolução SS-54, de 11de Maio de 2012, Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. São Paulo. 2012.

Silva EM, Almeida KC, Pessoa GS. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2017; 6(1):112-26.

Silva Junior DB. Assistência Farmacêutica em um município do estado de São Paulo: diagnósticos e perspectiva [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

Silva Junior EB, Nunes LM. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). Arq. Bras. Ciênc. Da Saúde. 2012; 37(2): 65-9.

Silva RC. Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

Siqueira PS. Judicialização em saúde no estado de São Paulo. Direito à Saúde. Para Entender a Gestão do SUS – 2015 Conselho Nacional de Secretários de Saúde: CONASS. 2015; 15 p. [cited 2018 Mai 30]. Available from: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_29.pdf

Sousa Filho HC, Alcântara RG, Oliveira P, Souza Júnior NC, Pedras DS, Oliveira ER, et al. Regionalização da Assistência Farmacêutica: uma estratégia para garantia de abastecimento de medicamentos. J Assist Farmac Farmacoecon. 2016; 1(2): 17-23.

Sousa IF, Bastos PR, Bogo D. Diretrizes curriculares nacionais: desafio na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2013; 15(1):129-34.

Souza JM, Vinholes ER, Trauthman SC, Galato D. Avaliação dos indicadores de prescrição e demanda atendida de medicamentos no Sistema único de Saúde de um município do Sul do estado de Santa Catarina. Rev Ciênc.Farm. Básica Apl. 2012; 33(1): 107-113.

Souza LS, Porto JG, Lyra Junior DP. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado do Sergipe. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2011; 32(3): 403-10.

Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NR. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(8): 1781-90.

Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AMD, Moura RN, Conceição EM, Marques DF, et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. Ciênc Saúde Coletiva. 2013; 18:3419-29.

Valadão AF, Firmino KF, Moreira AL, Castro GD, Loures GF, Públio RN, et al. Estudo das prescrições de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano - MG, quanto aos preceitos legais. Rev Bras Farm. 2008; 89(4):298-301.

Veber AP, Diehl E, Leite SN, Prospero EN. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. Braz J Pharm Sci. 2011; 47(1): 75-80.

Veloza CC. Armazenagem e movimentação de medicamentos no município de Apiaí (SP) [monografia]. Curitiba (PR): Universidade Federal Tecnológica do Paraná; 2011.

Viana AL, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2002; 18 Suppl:139-51.

Viana, ALD. Ibañez, N. Elias, PE. Novas perspectivas sobre a regionalização da saúde. São Paulo Perspec, 2008; 22(1): 92-106.

Viana AL, Lima LD, organizadores. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.

Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev Saúde Pública. 2007; 41(2): 214-22.

Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Rev Saúde Pública. 2008a; 42:365-9.

Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: Aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Publica, 2008b; 24(2): 91-100.

Vieira FS, Zucchi P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2011; 45(5): 906-13.

Viera FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Saúde Soc. São Paulo. 2013; 22(1): 73-84.

Vieira MR, Lorandi PA, Bousquat A. Avaliação da assistência farmacêutica a gestante na rede básica de saúde do município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(6): 1419-28.

Volpato DC, Padial RB. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma Regional de Saúde do Paraná. Rev Saúde e Pesq. 2014; 7(2): 221-32.

Wang DW, Vasconcelos NP, Oliveira VE. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. Rev. Adm. Pública. 2014; 48(5): 1191-1206.

Wannmacher, L. Medicamentos Essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 6 p.

Weber D, Bueno CS, Steiger LL, Oliveira KR. Seleção de medicamentos: uma visão do processo em quatro municípios do Rio Grande do Sul – RS. Rev Bras. Farm. 2010; 91(3): 141-8.

Wolfarth L. Central de compras do consórcio intermunicipal de saúde do Vale do Rio Taquari – CONSISA VRT: uma análise de cobertura e custos [monografia]. Picada Café (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2015.

World Health Organization (WHO). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: WHO; 2003a.

World Health Organization (WHO). Drug and therapeutic committees: a practical guide. Department of essential drugs and medicines policy. Managing the formulary process. Geneva: WHO; 2003b.

World Health Organization. Cuidados Inovadores Para Condições Crônicas. Relatório Mundial. Brasília, Brasil: Organização Mundial da Saúde; 2003c.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4o ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Yunes J. O SUS na lógica da descentralização. Estudos Avançados. 1999; 13(35): 65-70.

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Rua Santa Isabel, 305 – 4º Andar Santa Cecília CEP 01221-010 São Paulo – SP.
Tel.: (11) 2176-7689 E-mail: cepesc@santacasasp.org.br

TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : ☐ M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do Projeto - Elaboração do Diagnóstico e Avaliação do Atual Estágio de Desenvolvimento das Redes Regionais da Atenção à Saúde nas Regiões Priorizadas pelo Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde.
2. Objetivo do estudo - Estruturar um diagnóstico abrangente da rede de serviços de cinco regiões de saúde do Estado de São Paulo para dar sustentabilidade ao processo de regionalização conduzido pela Secretaria Estadual de Saúde. Serão investigadas a Região Metropolitana de Campinas, o Vale do Ribeira, o Litoral Norte, Itapeva e o Vale do Juruimir.
3. Desenho do estudo - Realizar o diagnóstico quantitativo/qualitativo através da identificação dos fatores intervenientes e condicionantes do processo de regionalização em curso nas cinco regiões de saúde selecionadas, além de aferir o grau de implantação das Redes de Assistência à Saúde (RAS). Para isto, será utilizado questionários semiestruturados e roteiros para entrevistas.
4. Sua participação consistirá em responder este questionário. O questionário não é identificável e os dados serão divulgados agregados, guardando assim o absoluto sigilo sobre as informações.
5. Garantia de acesso - em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof. Dr. Nelson Ibañez que pode ser encontrado no endereço Rua General Jardim, 618 – 2º Andar Telefone: (11) 3120-4881. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Santa Isabel 305, 4 andar. Fone: (11) 2176 – 7689. Email: cepesc@santacasasp.org.br
6. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição;
7. Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros entrevistados, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante;
8. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
9. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
10. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.
11. Não há riscos e desconfortos ao entrevistado pois não serão realizados procedimentos.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Rua Santa Isabel, 305 – 4º Andar Santa Cecília CEP 01221-010 São Paulo – SP.
Tel.: (11) 2176-7689 E-mail: cepsc@santacasasp.org.br

12. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Elaboração do Diagnóstico e Avaliação do Atual Estágio de Desenvolvimento das Redes Regionais da Atenção à Saúde nas Regiões Priorizadas pelo Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde".

Eu discuti com o Dr. Nelson Ibañez, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do entrevistado/representante legal

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

Para casos de voluntários, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

Anexo II – Questionário Aplicado aos Coordenadores da Assistência Farmacêutica

Diagnóstico e Avaliação do Atual Estágio de Desenvolvimento das Redes Regionais da Atenção à Saúde nas regiões prioritizadas pelo Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde



2016

QUESTIONÁRIO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

AFM

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

1. Cargo	<input type="text"/>	Código	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Nome	<input type="text"/>			
3. Instituição / Órgão	<input type="text"/>			
4. Endereço da Instituição / Órgão	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
Telefone(s)	<input type="text"/>			
E-mail(s)	<input type="text"/>			
5. Formação	<input type="text"/>			
Estado (UF) da formação mais elevada	<input type="text"/>			
6. Tempo de vínculo na Instituição	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Anos	Meses	Dias	
7. Vínculo atual	<input type="checkbox"/> 1. Concursado	<input type="checkbox"/> 3. Celetista	<input type="checkbox"/> 5. Outro. Qual?	
	<input type="checkbox"/> 2. Cargo comissionado	<input type="checkbox"/> 4. Contrato temporário		
8. Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Masculino	<input type="checkbox"/> 2. Feminino		
9. Idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	anos completos	

CONTROLE DA ENTREVISTA

Região (nome)	<input type="text"/>	Código	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Município	<input type="text"/>	Código	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado	<input type="text"/>	Código	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Nome entrevistador	<input type="text"/>						
Nº do Questionário	<input type="text"/>	Data da entrevista	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Dia	Mês	Ano		

QUESTIONÁRIO
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

AFM

AF.01. A Assistência Farmacêutica (AF) é formalizada na estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde?

- ☐ 1 Sim
- ☐ 2 Não
- ☐ 99 Não sabe

AF.02. Há interação da Assistência Farmacêutica (AF) com as seguintes áreas:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um X no campo correspondente: Sim, Não ou Não Sabe.

	Sim	Não	Não sabe
1 Vigilância em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Coordenação dos Programas de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Setores Administrativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ministério Público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Conselho Municipal de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Conselho de Classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.03. O financiamento da Assistência Farmacêutica (AF) é constituído por:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um X no campo correspondente: Sim, Não ou Não Sabe.

	Sim	Não	Não sabe
1 Componente básico - parte financeira fixa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Componente básico - parte financeira variável (valor per capita para aquisição de medicamentos para os programas HiperDia, Asma e Rinite e Saúde Mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Componente estratégico (TB, Hansen, malária, Doença de Chagas, DST/AIDS, Lúpus, Mieloma Múltiplo, tabagismo, alimentação e nutrição)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Componente Especializado (medicamentos de dispensação excepcional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.04. Como ocorre a comprovação de aplicação de recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e municípios ao Ministério da Saúde?

AF.05. Quando o faturamento é realizado são enviadas produções das atividades e procedimentos farmacêuticos ?

- ☐ 1 Sim
- ☐ 2 Não
- ☐ 99 Não sabe

AF.06. Existe um Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) no organograma da Secretaria Municipal de Saúde?

Para a resposta Sim, perguntar quais são os instrumentos.

- ☐ 1 Sim →

Quais são os instrumentos de gestão utilizados pelo DAF?

Ler as alternativas e marcar com 'X' todas com resposta afirmativa.

- ☐ 1 Instrução de serviço
- ☐ 2 Ordem de serviço
- ☐ 3 Regimento Interno
- ☐ 4 Outro. Qual (Is)? _____
- _____
- _____
- ☐ 99 Não sabe

- ☐ 2 Não
- ☐ 99 Não sabe

AF.07. Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na Secretaria Municipal de Saúde?

Para a resposta Sim, perguntar como atua.

- ☐ 1 Sim →

Qual é a atuação da Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) no município?

Ler as alternativas e marcar com 'X' todas com resposta afirmativa.

- ☐ 1 Participa na escolha dos medicamentos a serem adquiridos
- ☐ 2 Promove capacitação aos profissionais
- ☐ 3 Realiza reuniões com profissionais para informar e sensibilizar os profissionais de saúde na adesão a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos)
- ☐ 4 Outra. Qual (Is)? _____
- _____
- _____
- ☐ 99 Não sabe

- ☐ 2 Não
- ☐ 99 Não sabe

AF.08. Com que frequência as seguintes formas de contratação são utilizadas para aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos?

Ler as alternativas seguida da escala de frequência e marcar somente uma resposta por alternativa.

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
1 Concorrência pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tomada de preços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Convite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Concurso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Leilão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pregão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Dispensa de licitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Inexigibilidade de licitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.09. No processo de aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos são observadas as seguintes práticas:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um X no campo correspondente: Sim, Não ou Não Sabe.

	Sim	Não	Não sabe
1 Há participação do farmacêutico no processo licitatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ocorrem visitas e vistorias aos fornecedores com questionários que abordem a documentação e situação sanitária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Há cadastro e avaliação de fornecedores com as condições de qualidade, preço, prazo de entrega, laudo técnico, estado de conservação, trocas de produtos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.10. Há punições para as situações em que o fornecedor não entrega o produto a contento?

Para a resposta Sim, perguntar quais são as punições

<input type="checkbox"/> 1 Sim	→	Quais são as punições?
<input type="checkbox"/> 2 Não		
<input type="checkbox"/> 99 Não sabe		

AF.11. A estrutura da Central de Abastecimento/Armazenagem:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um 'X' no campo correspondente: *Sim, Não ou Não Sabe.*

	Sim	Não	Não sabe
1 Atende a necessidade de fluxo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Possui espaço condizente para recebimento, armazenamento e expedição de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Possui espaço condizente para recebimento, armazenamento e expedição de Insumos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Há guarda específica de medicamentos de controle especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Medicamentos termolábeis possuem armazenamento específico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 O ambiente possui boa ventilação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Possui uma única porta predial de entrada e saída por medidas de segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Há equipamentos em número suficiente para a quantidade de medicamentos armazenados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Há controle de temperatura e registro do mesmo por meio de Termo-Higrômetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Há espaço físico reservado para a "quarentena" dos medicamentos e Insumos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.12. No que se refere à Logística:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um 'X' no campo correspondente: *Sim, Não ou Não Sabe.*

	Sim	Não	Não sabe
1 Os veículos para transporte de medicamentos e Insumos da Assistência Farmacêutica atendem as exigências legais da vigilância sanitária (controle de temperatura antes, durante e depois do transporte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Há manutenção periódica dos veículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Há POPs formalizados e capacitados para a distribuição a fim de garantir a rastreabilidade dos processos e rastreamento dos produtos distribuídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Há POPs formalizados e capacitados para o transporte a fim de garantir a rastreabilidade dos processos e rastreamento dos produtos distribuídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.13. Para o recebimento dos medicamentos de alto custo são necessários os seguintes documentos/comprovantes:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um 'X' no campo correspondente: Sim, Não ou Não Sabe.

	Sim	Não	Não sabe
1 Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Alto Custo (APAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos do componente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Recibo de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Laudo Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Exames laboratoriais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Termo de Consentimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.14. Para fornecimento de materiais/insumos aos usuários expedidos pela Defensoria Pública ou qualquer outro órgão judicial, a retirada dos produtos ocorrem em qual local?

AF.15. A Assistência Farmacêutica (AF) do município participa dos seguintes Programas?

Ler as alternativas e marcar a resposta com um 'X' no campo correspondente: Sim, Não ou Não Sabe.

	Sim	Não	Não sabe
1 Dose Certa (Atenção Primária)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Dose Certa Complementar 1 (Saúde da Mulher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Dose Certa Complementar 2 (Saúde Mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 HiperDia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Farmácia Popular do Brasil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Monitoramento de Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sistema Penitenciário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.16. Ocorrem visitas de representantes das Indústrias Farmacêuticas nas Unidades de Saúde?

- ☐ 1 Sim
- ☐ 2 Não
- ☐ 99 Não sabe

AF.17. Em relação à atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS), são observadas as seguintes práticas:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um *X* no campo correspondente: *Sim*, *Não* ou *Não sabe*.

	Sim	Não	Não sabe
1 Promove educação permanente aos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Produz documentos técnicos e disponibilizam informações que possibilitem o acompanhamento e ações dos profissionais da UBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Avalia e planeja a disponibilidade de medicamentos de acordo com o quadro epidemiológico, suficiência, qualidade apropriada, regularidade e uso correto do medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Identifica problemas de adesão ao tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Identifica ausência de tratamento necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Identifica efetividade terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Identifica e orienta intoxicações medicamentosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Identifica e orienta reações adversas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Identifica e orienta profissionais e usuários sobre complicações pelo uso de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Garante acesso dos usuários aos medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Promove o uso racional de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Participa de grupos de orientações sobre medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.18. Em relação à atuação do farmacêutico no serviço de clínica terapêutica, são observadas as seguintes práticas:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um *X* no campo correspondente: *Sim*, *Não* ou *Não sabe*.

	Sim	Não	Não sabe
1 Realiza dispensação de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Realiza orientação terapêutica ao usuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Faz acompanhamento farmacoterapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Avalia a conciliação de medicamentos e informa inconformidades aos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Avalia e promove a adesão terapêutica em alinhamento ao plano terapêutico estabelecido pela equipe e usuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Promove o autocuidado apoiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Avalia a efetividade dos tratamentos e devolução da avaliação aos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Realiza a educação ao usuário para guarda e destinação dos medicamentos e insumos vencidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Realiza consulta farmacêutica (consultório ou domicílio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Realiza reunião com ESF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Realiza reunião com NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Realiza matriciamento dos casos junto às equipes de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Realiza consulta compartilhada com médicos e outros profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Participa no planejamento da linha de cuidado ao usuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.19. Em relação à atuação do farmacêutico no serviço de farmacovigilância, são observadas as seguintes práticas:

Ler as alternativas e marcar a resposta com um X no campo correspondente: *Sim*, *Não* ou *Não sabe*.

	Sim	Não	Não sabe
1 Identifica, avalia e discute a prevenção de efeitos adversos com outros profissionais e usuários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Identifica problemas e discute com profissionais e usuários problemas relacionados ao medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Comunica aos profissionais mudanças positivas promovidas no comportamento dos usuários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.20. Qual a origem dos usuários do serviço de clínica farmacêutica?

Ler as alternativas e marcar a resposta com um X no campo correspondente: *Sim*, *Não* ou *Não sabe*.

	Sim	Não	Não sabe
1 Busca ativa (é identificado na entrega de medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Usuários que tiveram alta hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Encaminhados da ESF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Encaminhados pela enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Encaminhados pelos auxiliares de farmácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Demanda espontânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AF.21. Em relação a atuação do farmacêutico hospitalar, são observadas as seguintes práticas:

Leia as alternativas e marcar a resposta com um 'X' no campo correspondente: *Sim, Não ou Não Sabe.*

	Sim	Não	Não sabe
1 Promove educação permanente aos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Produz documentos técnicos e disponibilizam informações que possibilitem o acompanhamento e ações dos profissionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Avalia e planeja a disponibilidade de medicamentos de acordo com o quadro epidemiológico, suficiência, qualidade apropriada, regularidade e uso correto do medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Identifica problemas de adesão ao tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Identifica ausência de tratamento necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Identifica efetividade terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Identifica e orienta intoxicações medicamentosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Identifica e orienta reações adversas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Identifica e orienta profissionais e usuários sobre complicações pelo uso de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Promove o uso racional de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Realiza dispensação de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Realiza orientação terapêutica ao usuário no momento da alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Faz acompanhamento farmacoterapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Avalia a conciliação de medicamentos e informa inconformidades aos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Promove o autocuidado apoiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Avalia a efetividade dos tratamentos e devolução da avaliação aos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Realiza a educação ao usuário para guarda e destinação dos medicamentos e insumos vencidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Realiza consulta farmacêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Realiza consulta compartilhada com médicos e outros profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Identifica, avalia e discute a prevenção de efeitos adversos com outros profissionais e usuários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Identifica problemas e discute com profissionais e usuários problemas relacionados ao medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Comunica aos profissionais mudanças positivas promovidas no comportamento dos usuários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sistema de Assistência Farmacêutica

Esse segmento do questionário pretende identificar a existência de procedimentos formais ou informais utilizados nas diversas etapas logísticas de assistência farmacêutica referente a insumos utilizados nos atendimentos da saúde, medicamentos e OPME (órteses, próteses e materiais especiais), e de que forma tais procedimentos são cumpridos (total ou parcialmente). Além disso, baseado na observação de quem está envolvido nos mesmos, quais são os pontos positivos e/ou negativos observados e uma nota de avaliação geral de cada etapa. Caso os procedimentos sejam diferenciados, informar nos campos de comentários.

SAL.01. Planejamento de Consumo e Planejamento da Distribuição:

Planejamento de consumo e distribuição de:	Existe procedimento formal da atividade?			Executa o procedimento, mesmo informal, de forma integral e sistemática?			Nota sobre resultado final 1=péssimo, 5=excelente
	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei	
1. Insumos							
2. Medicamentos							
3. OPME							

SAL.02. Planejamento de Consumo e Distribuição: Qual o objetivo/resultado final desejado e quais os principais argumentos que apoiam suas notas de avaliação das atividades de Planejamento de Consumo e Distribuição de insumos, medicamentos e OPME?

SAL.03. Seleção de Fornecedor:

Seleção de fornecedor de:	Existe procedimento formal da atividade?			Executa o procedimento, mesmo informal, de forma Integral e sistemática?			Nota sobre resultado final
	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei	1=péssimo, 5=excelente
1.Insumos para saúde							
2. Medicamentos							
3.OPME							

SAL.04. Seleção de Fornecedor: Qual o objetivo/resultado final desejado e quais os principais argumentos que apolam sua nota de avaliação das atividades de Seleção de Fornecedor de Insumos, Medicamentos e OPME?

SAL05. Aquisição/ Pedido:

Aquisição ou pedido de:	Existe procedimento formal da atividade?			Executa o procedimento, mesmo informal, de forma integral e sistemática?			Nota sobre resultado final
	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei	1-péssimo, 5-excelente
1.Insumos para saúde							
2. Medicamentos							
3.OPME							

SAL.06. Aquisição/ Pedido: Qual o objetivo/resultado final desejado e quais os principais argumentos que apolam sua nota de avaliação das atividades de Aquisição e/ou Pedido de Insumos, Medicamentos e OPME?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. On the left side, there are small, dark rectangular marks or tabs corresponding to each line, suggesting it might be part of a binder or a set of index cards. The overall appearance is clean and minimalist, typical of standard stationery.

SAL.07. Recebimento/ Armazenagem/ Controle de Rastreabilidade/ Gestão e Controle de Estoque/ Unitarização/ Logística Reversa de Excedentes/ Controle de Consignação:

	Existe procedimento formal da atividade?			Executa o procedimento, mesmo informal, de forma integral e sistemática?			Nota sobre resultado final 1-péssimo, 5-excelente
	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei	
1. Recebimento dos materiais							

(continuação)	Existe procedimento formal da atividade?			Executa o procedimento, mesmo informal, de forma integral e sistemática?			Nota sobre resultado final 1-péssimo, 5-excelente
	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei	
2. Armazenagem dos materiais							
3. Controle de rastreabilidade dos materiais							
4. Gestão e controle de estoque							
5. Unitarização de medicamentos							
6. Logística reversa de excedentes							
7. Controle de consignação de OPME							

SAL.08. Recebimento/ Armazenagem/ Controle de Rastreabilidade/ Gestão e Controle de Estoque/ Unitarização/ Logística Reversa de Excedentes/ Controle de Consignação:

Qual o objetivo/resultado final desejado e quais os principais argumentos que apoiam sua nota de avaliação das atividades de Recebimento/ Armazenagem/ Controle de Rastreabilidade/ Gestão e Controle de Estoque/ Unitarização/ Logística Reversa de Excedentes/ Controle de Consignação?

[illegible]

Armazenagem dos materiais	
3. Controle de rastreabilidade dos materiais	
4. Gestão e controle de estoque	
5. Unitização de medicamentos	
6. Logística reversa de excedentes	

7. Controle de consignação de OPME	

SAL.09. Distribuição/ Transporte de materiais para outras unidades de saúde ou dispensação ao paciente:

Distribuição:	Existe procedimento formal da atividade?			Executa o procedimento, mesmo informal, de forma Integral e sistemática?			Nota sobre resultado final
	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei	
1. Transporte de materiais para outras unidades de saúde							
2. Dispensação de medicamentos e materiais aos pacientes							

SAL.10. Distribuição/ Transporte de materiais para outras unidades de saúde ou dispensação ao paciente: Qual o objetivo/resultados final desejado e quais os principais argumentos que apóiam sua nota de avaliação nas atividades de Distribuição/ Transporte de Insumos, Medicamentos e OPME para outras unidades de saúde ou dispensação ao paciente?

1. Transporte de materiais para outras	

unidades de saúde	
2. Dispensação de medicamentos e materiais aos pacientes	

SAL.11. Tratamento dos Resíduos de Serviços de Saúde: Existe procedimento formalizado para execução das atividades de acondicionamento, guarda apropriada no local até remoção externa, tratamento e disposição final de Resíduos de Serviços de Saúde (resíduos hospitalares ou sólidos, resíduos de serviços de atenção à saúde, resíduos infectantes, etc)?

Tratamento de resíduos:	Existe procedimento formal da atividade?			Executa o procedimento, mesmo informal, de forma Integral e sistemática?			Nota sobre resultado final
	Sim	Não	Não sei	Sim	Não	Não sei	1-péssimo, 5-excelente
1. Acondicionamento							
2. Guarda/ estoque local							
3. Tratamento e disposição final resíduos comuns							
4. Tratamento e disposição final de resíduos infectantes/ cortantes							

SAL.12. Tratamento dos Resíduos de Serviços de Saúde: Qual o objetivo/resultado final desejado e quais os principais argumentos que apóiam sua nota de avaliação nas atividades de acondicionamento, guarda apropriada no local até remoção externa, tratamento e disposição final de Resíduos de Serviços de Saúde (resíduos

hospitalares ou sólidos, resíduos de serviços de atenção à saúde, resíduos infectantes, etc)?

1. Acondicionamento de resíduos	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
2. Guarda/estoque local de resíduos	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
3.Tratamento e disposição final resíduos comuns	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4.Tratamento e disposição final de resíduos infectantes/ cortantes	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Sistemas de Informação

Esse segmento do questionário pretende identificar a existência de Sistemas de Informação ou outras ferramentas de informática não integradas (por exemplo, planilhas, bancos de dados simples, etc) utilizados na prestação de serviços de saúde, compreendendo atividades administrativas (back office) bem como as de atendimento ao paciente (front office).

SAL 13. Existência de sistemas computacionais: Indique o sistema de informação ou outras ferramentas baseadas em computador e utilizadas em sua unidade para apoiar as atividades administrativas em geral e as de atendimento à saúde (planejamento das atividades, aquisição de recursos para a prestação de serviço de saúde, controle de ativos e estoque, gestão de frota de veículos para serviço de saúde, etc); e os utilizados por médicos, enfermeiros, atendentes, gestores e auxiliares administrativos. Acrescente a partir da linha 6 da tabela que segue, qualquer outro recurso tecnológico em uso no final da lista e inclua a avaliação dos mesmos.

	Utiliza essa solução informática? (Sim ou Não)	Atendimento às necessidades do trabalho? (escala de 1=não atende, 5=atende plenamente)	Facilidade de uso? (escala de 1=diffícil, 5=fácil)	Disponibilidade de uso? (escala 1=sempre inoperante, 5=sempre funciona)	Desempenho durante o uso? (escala 1=sempre trava ou falha a 5=nunca falha)
1.Sistema de Informação (funções Integradas)					
2.Banco de Dados e pequenos aplicativos não Integrados					
3.Planilhas Excel ou Access					
4. Documentos Word usados como recurso de gestão e controle					

continuação	Utiliza essa solução informática? (Sim ou Não)	Atendimento às necessidades do trabalho? (escala de 1=não atende, 5=atende plenamente)	Facilidade de uso? (escala de 1=difficil, 5=fácil)	Disponibilidade de uso? (escala 1=sempre inoperante, 5=sempre funciona)	Desempenho durante o uso? (escala 1=sempre trava ou falha a 5=nunca falha)
5. Controle manual (anotações em papel)					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

SAL.14. Sistema de Informação: Caso exista um Sistema de Informação Integrado em Implantação (informar a etapa de implantação) ou em uso, informe o seu objetivo, fornecedor e comente se ele atende as necessidades do trabalho, sobre a facilidade de uso, a disponibilidade (estar funcionando), desempenho (responde rápido), qualidade do suporte técnico disponível (no local ou remotamente por Internet/ email/ telefone/ ...) e qualidade do treinamento ofertado.

Bloco VII. Incorporação de Tecnologias em Saúde

P.50. Com que frequência as seguintes instâncias são utilizadas por sua instituição para discutir e deliberar sobre assuntos relacionados à incorporação de novos medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, procedimentos e outros insumos de saúde:

Ler as alternativas seguida da escala de frequência e marcar somente uma resposta por alternativa.

[illegible]

P.51. Para decidir sobre a oferta de novos medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, procedimentos e outros insumos de saúde à população / usuários, com que frequência são utilizados:

Ler as alternativas seguida da escala de frequência e marcar somente uma resposta por alternativa.

[illegible]

P.52. Qual a influência dos seguintes atores para que novos medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, procedimentos e outros insumos de saúde sejam oferecidos à população / usuários:

Ler as alternativas seguida da escala de influência e marcar somente uma resposta por alternativa.

[illegible]

P.53. Como qualifica a articulação de sua instituição com os seguintes atores para que novos medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, procedimentos e outros insumos de saúde à população sejam oferecidos para a população / usuários:

Ler as alternativas e marcar somente uma resposta por alternativa.

[illegible]

P.54. Com que frequência os seguintes itens foram demandados por meio de ações judiciais nos últimos três anos?

Ler as alternativas seguintes da escala de frequência e marcar somente uma resposta por alternativa.

[illegible]

P.55. Em 2014, houve ações judiciais contra o estado?

Para a resposta Sim, perguntar a quantidade de ações e o custo das ações, registrando o valor total desprezando os centavos. Se o entrevistador declarar que "Não sabe" informar a quantidade ou valores, preencher todas as caselas do campo de resposta com o código 9.

☐ 1 Sim

Quantidade de ações:

Custo total das ações: R\$

☐ 2 Não

☐ 99 Não sabe

P.56. Em 2014, houve ações judiciais contra o município?

Para a resposta Sim, perguntar a quantidade de ações e o custo das ações, registrando o valor total desprezando os centavos. Se o entrevistador declarar que "Não sabe" informar a quantidade ou valores, preencher todas as caselas do campo de resposta com o código 9.

☐ 1 Sim

Quantidade de ações:

Custo total das ações: R\$

☐ 2 Não

☐ 99 Não sabe

P.57. Indique até três aspectos positivos de sua experiência para que novos medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, procedimentos e outros insumos de saúde sejam oferecidos para a população / usuários:

Registrar um aspecto positivo por linha a, b, c.

- a _____
b _____
c _____

P.58. Indique até três aspectos negativos de sua experiência para que novos medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, procedimentos e outros insumos de saúde sejam oferecidos para a população / usuários:

Registrar um aspecto negativo por linha a, b, c.

- a _____
b _____
c _____

P.59. Indique até três sugestões para o aprimoramento do processo de incorporação de novos medicamentos, equipamentos médico-hospitalares, procedimentos e outros insumos de saúde:

Registrar uma sugestão por linha a, b, c.

- a _____
b _____
c _____
-

OBSERVAÇÕES:

This image shows a full page of white paper with horizontal black lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines in total. The lines are thin and black, providing a clear guide for writing. The paper appears to be a standard sheet of notebook or school paper.